

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA**

Disertación de grado para obtener el título de Economista

***Diagnóstico de situación de la inversión realizada en el
sistema de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad
Social en el Ecuador, período 2007-2012***

Sergio Andrés Jurado Villavicencio
sergiojv86@gmail.com

Director: Econ. Carlos Andrade H.
cjandrade@bce.ec

Quito, noviembre 2014

Resumen

La presente disertación tiene por objeto hacer un análisis de la cobertura, incidencia y grado de penetración de los servicios que componen el sistema de seguridad social y de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. La población afiliada beneficiaria de estas prestaciones está analizada por tipo de beneficiario entre los que se destacan beneficiarios del seguro general de salud, jubilados, los hijos menores de 18 años. Además la disertación comprende un análisis de los beneficios del sistema en los que se agrupa a la población en grupos de edades para un análisis comparado de ellas dentro del período y entre períodos de tiempos. Adicionalmente, se hace un análisis del nivel de incidencia de las prestaciones sociales sobre la población afiliada indicando tasas de crecimiento, composiciones porcentuales y tendencias, así como máximos y mínimos dentro del período. Finalmente se presentan resultados, conclusiones y recomendaciones de trabajo de grado.

Palabras clave: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro General de Salud, Familiar e Individual, Población afiliada, Seguridad social, Sistema de salud.

Este trabajo de disertación para la obtención del título de Economista se la dedico a Dios, a mis Padres, a mi Esposa y a mis Hijos, a quienes amo con todo mi corazón y es un mínimo reconocimiento a cuanta labor, cariño, respaldo y confianza me han brindado en estos años de vida.

Agradezco a todos quienes conforman esta prestigiosa institución de educación superior, en especial a mis maestros de facultad. Mención especial se merece el señor Economista Carlos Andrade, quien con paciencia y sabiduría me ha guiado en la elaboración del presente trabajo.

Diagnóstico de situación de la inversión realizada en el sistema de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del Ecuador, período 2007-2012

Introducción	6
Metodología de la investigación.....	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Justificación	8
1.3 Preguntas de investigación	9
1.4 Objetivos.....	10
1.5 Delimitación	10
1.6 Técnicas de Investigación.....	10
1.7 Fuentes de información.....	11
Fundamentación teórica	12
2.1 Inversión y Gasto Público	12
2.2 Inversión pública	12
2.3 Teorías explicativas de la evolución del gasto público	13
2.4 Producción de bienes públicos y privados	15
2.5 Indicadores de desempeño para medir el Sector Público, en el área de la salud	15
2.6 Fundamentos de la Seguridad Social.....	19
2.7 Políticas públicas en salud.....	21
Situación macroeconómica del Ecuador	25
3.1 Factores económicos.....	25
3.2 Factores demográficos.....	28
Situación del sistema de seguridad social y de salud en el IESS.....	33
4.1 Descripción de la población afiliada	37
4.2 Análisis de los resultados de atención en el sistema de seguridad social y salud del IESS	40
4.3 Análisis de la Cobertura de la seguridad social y salud en el IESS por beneficiario	46
Inversión en el sistema de salud de la seguridad social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	48
5.1 Inversión en infraestructura hospitalaria.....	49
5.2 Inversión en equipamiento médico.....	50
5.3 Inversión en insumos y medicamentos	51
5.4 Gastos corrientes de salud	52
5.5 Otros gastos generales.....	53
Conclusiones y recomendaciones.....	55
6.1 Conclusiones	55
6.2 Recomendaciones	58
Referencias bibliográficas	59

Introducción

La seguridad social es un concepto que existe desde los inicios de los tiempos; pues el ser humano siempre se ha desarrollado en forma grupal y tiene la tendencia de proteger y dar aquella cobertura o seguridad, de acuerdo a las necesidades específicas de cada uno de los miembros. Para la unificación de criterios tomaremos el concepto de seguridad social de acuerdo al documento *"Administración de la seguridad social"* de la Organización Internacional del Trabajo (1991):

La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

Como se puede ver la seguridad social nace como un concepto de protección social por encima de las individualidades, y también como previsión económica para aquellos tiempos en que la fuerza laboral se ve disminuida por diversas razones, como la enfermedad, la invalidez, maternidad, etc.

En el año de 1821 en Alemania, el Káiser Guillermo II en su Mensaje Imperial vio la necesidad de la protección del trabajador por enfermedad, accidente, vejez o invalidez total o parcial. Empero ya en el plano Jurídico, las primeras leyes de seguridad social nacen con el Canciller Alemán Otto Von Bismarck, el cual se podría catalogar como el padre de la Seguridad Social ya que bajo su administración, se crean tres leyes fundamentales consideradas como pilares de la actual administración de seguridad social en el mundo:

1. Seguro contra Enfermedad. (1883)
2. Seguro contra Accidentes de Trabajo. (1884)
3. Seguro contra la Invalidez y la Vejez. (1889)

Si bien las motivaciones en esos tiempos para la creación de las Leyes no obedecieron a la protección del empleado por parte del empleador, como es en la actualidad; en sus inicios estas leyes se crearon más por una necesidad de disminuir la presión social de los grupos de trabajadores más radicales y políticamente más peligrosos, fueron las bases para el establecimiento de toda la Legislación referente a la seguridad social y que fue perfeccionada a través del transcurso del tiempo, especialmente en el Senado incipiente de los Estados Unidos de América de inicios del siglo XX.

En el Ecuador la Seguridad Social empieza a finales del siglo XIX (1895) a partir de la Revolución Liberal, e inicia formalmente en el siglo XX. Cabe recalcar que los primeros beneficiados de la Seguridad Social en el Ecuador fueron los militares, principalmente basándose en la aseveración de que la profesión militar es la "más peligrosa" de las profesiones, es así que fueron ellos los primeros que recibieron los beneficios con cargo al Tesoro Nacional.

El 25 de Octubre de 1908 los militares consiguieron del Estado:

- La Letra de Retiro y,
- La Letra de Invalidez.

Si bien no se puede hablar de que es el inicio de la “Seguridad Social” como tal, pues fue concentrada en un solo grupo, del cual después se solicitó el mismo beneficio para policías, maestros y otros sectores posicionados políticamente a la fecha; a partir de ello se plasmó en la mente de los ciudadanos la necesidad de una protección para aquellas situaciones en las que las personas se veían desamparadas.

Metodología de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

Tres décadas y cerca de un lustro después de la Revolución Liberal nacería la primera Institución de Seguridad Social en el Ecuador, la “Caja de Pensiones” (Presidencia 1928), si bien en 1928 se creó la Institución, fue en el año 1935 cuando se creó todo el aparato estatal e institucional y la legislación relacionada a la Seguridad Social con el impulso de intelectuales socialistas; algunos de ellos en el poder y la presión de la clase trabajadora.

Con la expedición de la “Ley de Seguro Social Obligatorio”(Asamblea Nacional del Ecuador 1935) nace formalmente el seguro social con muchas condiciones que se mantienen hasta la actualidad. Con la expedición de la Ley de Seguro Social Obligatorio se estableció la *“la obligatoriedad de la afiliación de los empleados públicos, privados y de los asalariados sea cualquiera el orden de sus actividades, sin considerar su nacionalidad”*.

Como se puede observar, este período es el inicio de la seguridad social, inclusive nacen ciertos lineamientos de la aportación voluntaria; pues se recomienda la creación de la aportación voluntaria de aquellos trabajadores relacionados al área independiente.

En este sentido, la creación de la Ley de Seguro Obligatorio consideró aspectos económicos y de cobertura de la seguridad; pues cubrió a asalariados y trabajadores, debido a la presión que recibía de ellos. Además, considerando la protección de aquellas capas de la población que se relacionaban directamente con las empresas tanto públicas como privadas.

El Seguro Social presentó una serie de inconvenientes, aunque cuando cumplió su función principal fue uno de los aportes más importantes para los trabajadores. La cobertura en un gran periodo de tiempo crecía, pero muy por debajo del crecimiento de la población, además, que con el paso del tiempo la calidad del servicio disminuyó ostensiblemente.

En la actualidad los retos y problemas de la Seguridad Social se han centrado en la capacidad de la recuperación de los fondos que el IESS ha prestado al Estado; además de mejorar la cantidad, calidad y cobertura de los servicios públicos brindados a nivel social, mediante el mejoramiento de infraestructura, implementación de equipos médicos de última tecnología y profesionales del área médica y administrativa competente.

1.2 Justificación

Si bien la seguridad Social tiene ya un largo periodo de ejecución en el Ecuador; si se considera el establecimiento de la primera Institución (Caja de Pensiones, 1928) lleva cerca de un siglo, y más de un siglo si se considera las primeras Leyes de Seguridad Social de 1908; es necesario el establecimiento de comparativos de la Seguridad Social en el Ecuador en periodos de tiempo presente para ver su evolución y desglosar aquellos puntos de interés e indicadores relevantes para la comparación de los mismos.

Debido a que la Seguridad Social ha evolucionado y considera varios aspectos en la actualidad, es importante establecer un análisis que incluya:

- La Seguridad Social
- La Salud Pública
- La Situación Social y Económica del Ecuador
- Las Finanzas e Inversión Pública en el Ecuador

Además de determinar dichos aspectos, es imperativo analizar indicadores relevantes como el porcentaje de cobertura y número de afiliados a la seguridad social en el IESS, así como indicadores más subjetivos relacionados a la calidad de la atención médica que se da en la Red de Salud Pública en el Ecuador.

De esta manera, el análisis de la situación que ha presentado la seguridad social del IESS en el Ecuador, permitirá contar con las bases necesarias para formular recomendaciones que podrían favorecer el desarrollo del país en materia de seguridad social.

1.3 Preguntas de investigación

1.3.1 Pregunta General

¿Las inversiones efectuadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en materia de salud, permitieron mejorar la prestación y atención del servicio de salud de la seguridad social en el Ecuador entre 2007 y 2012?

1.3.2 Preguntas Específicas

- ¿Cuál ha sido el impacto de las inversiones en salud que mejoren los indicadores de desempeño en el sistema de seguridad social del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?
- ¿Cuáles han sido los determinantes de la seguridad social del IESS en el país en el periodo de estudio y de manera comparativa en los años previos?
- ¿Qué cambios debe introducir el IESS en materia de salud en la seguridad social del país, a partir de la aplicación del socialismo del siglo XXI?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar si las inversiones efectuadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en materia de salud permitieron mejorar la prestación y atención del servicio de salud de la seguridad social en el país entre el 2007 y 2012.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el impacto de las inversiones en salud que mejoren los indicadores de desempeño en el sistema de salud de la seguridad social en el IESS.
- Determinar los aspectos sobre los cuales la seguridad social del IESS se encuentra insertada en la sociedad asegurada para establecer el grado de atención del seguro médico de sus afiliados.
- Establecer los cambios en el esquema de seguridad social del IESS, que se deben implementar a partir de la aplicación de un modelo económico basado en el socialismo del siglo XXI.

1.5 Delimitación

1.5.1 Delimitación Espacial

En el desarrollo de esta disertación se analizará la situación de la inversión en el sistema salud de la seguridad social del IESS, con base a la información proporcionada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Banco Central del Ecuador (BCE), y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

1.5.2 Delimitación Temporal

En cuanto al periodo de tiempo aunque este estudio comprende los años 2007 al 2012, se manejará datos de los años previos; para hacer un comparativo específicamente entre estos periodos de tiempo y de cambio en políticas y medidas relevantes al campo de la seguridad social en el IESS, ya que si bien el segundo periodo de tiempo analizado corresponde a tan solo un Gobierno (Rafael Correa Delgado), es diametralmente diferente a su periodo anterior sobre todo en aspectos de inversión que se ha dado en este campo.

1.6 Técnicas de Investigación

El tipo de investigación que se desarrollará será el analítico-descriptivo, ya que se describirá la situación de la inversión en el sector de la salud de la seguridad social en el IESS. Para ello, se considerará no solo la seguridad social y la salud pública en el país, sino también la situación económica y social del país, así como de la inversión pública registrada en el periodo de estudio.

Además de considerar los aspectos mencionados anteriormente, el proceso investigativo continuará con el análisis de indicadores importantes que hacen referencia al sistema de seguridad social en el IESS.

De igual manera, otro de los retos importantes es el análisis del cumplimiento de la Constitución del 2008, en donde se estableció reformas importantes como el acceso a la seguridad social, incluyendo al trabajo no remunerado de los hogares.

1.7 Fuentes de información

La presente investigación se desarrollará en base a la información proporcionada por fuentes primarias, ya que como se mencionó anteriormente se utilizará la estadística referente al tema del BCE, la FLACSO, así como del IESS.

A partir de los objetivos planteados en esta disertación, se analizarán los datos existentes y las conclusiones y recomendaciones, se afianzarán en estos.

Fundamentación teórica

Es de suma importancia que a través de esta sección de la presente disertación se haga un ejercicio de revisión de la literatura referente al tema de investigación planteado, y que fundamentalmente se entable un diálogo de autores para enriquecer el proceso de construcción y elaboración de un marco teórico que permita comprender y resolver la problemática planteada.

Así, es de suma importancia plantear la discusión alrededor de las nociones teóricas acerca de la inversión pública y el gasto del sector público. Se hace referencia a la evolución teórica de las aproximaciones conceptuales de gasto público. De la misma manera se desarrolla los preceptos conceptuales de producción de bienes públicos y bienes privados, la eficiencia en la operación de la institucionalidad pública para gestionarlos y poner en operación la producción de bienes desde organizaciones del sector público. Finalmente, se plantea la importancia de la evaluación de políticas públicas y una prospección a la definición y formulación de políticas públicas desde la visión del gestor de las mismas.

2.1 Inversión y Gasto Público

La economía del sector público se refiere al conjunto de decisiones económicas realizadas por el Estado para imponerse de forma coactiva, operando en un determinado contexto de propiedad de los factores productivos (Gallo et al., 2000).

Adicionalmente, el Estado es el responsable de proveer de bienes públicos a la sociedad, cuya utilización y disfrute no está limitado a un grupo específico de usuarios, su fin principal es satisfacer las necesidades de los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación. Los bienes públicos no pueden ser apropiados por el sector privado y generalmente, son utilizados de manera gratuita.

Bajo este contexto, la inversión y el gasto público se los comprende de mayor manera desarrollando teorías explicativas y analizando su evolución en el tiempo.

2.2 Inversión pública

Fajardo y Mata, (2009) mencionan que:

La teoría de la inversión como tal no aparece hasta que en 1944 Schneider publica su obra sobre "Teoría de la inversión". Se trata del primer estudio sistemático sobre la materia y en la cual se recogen los modelos de decisión de inversiones más importantes que existían para entonces.

Es una obra para el cálculo de la economicidad de inversiones privadas aunque sus modelos sean aplicables también al caso de las inversiones públicas.

En el caso de las empresas privadas la decisión de realizar una determinada inversión se toma a partir de la valoración a precios de mercado de los ingresos y gastos que genere, mas en el caso de las empresas públicas, esta decisión se dificulta debido a la presencia de factores que no se pueden medir a precios de mercado (Said, s.f., 33). En las inversiones

públicas se valoran aspectos que para la empresa privada serían irrelevantes, como por ejemplo, en la construcción de una autopista de peaje, una empresa privada computaría por el lado de los costes los de construcción y mantenimiento y por el lado de los ingresos sólo tendría en cuenta los que produce el peaje en dinero. El proyecto se llevaría a cabo si el valor actual de los ingresos supera el de los pagos.

Sin embargo, si ese proyecto fuera realizado por el Estado, se valorarían además otros aspectos de carácter social, las llamadas economías externas o externalidades, como por ejemplo el ahorro de tiempo, el incremento de turismo, la destrucción de la naturaleza, el incremento de los ruidos, etc. Una inversión pública se debe llevar a cabo si aumenta el bienestar social. El análisis coste-beneficio proporciona los criterios de racionalidad para llevar a cabo los proyectos de inversión pública.

El análisis coste-beneficio ha tomado múltiples ideas, conceptos y métodos de la teoría de la inversión. La necesidad de este análisis ha sido debido a la disparidad entre el beneficio neto privado y el beneficio neto social. Si esta disparidad no hubiera existido, los métodos de valoración y selección de inversiones privadas serían aplicables a las inversiones públicas, pero tal disparidad es incuestionable debido a la incapacidad del mercado para valorar una gran parte de los servicios públicos fundamentales.

Por ello, en el análisis coste-beneficio se vislumbran dos tendencias:

- a) Una tendencia que trata de valorar los efectos indirectos positivos y negativos del proyecto sobre la situación de bienestar social. A los conceptos de gastos e ingresos que vienen expresados por el mercado, hay que añadir el valor de las externalidades.
- b) Otra tendencia trata de suplantar el sistema de precios de mercado por otro sistema de precios llamado “teóricos o sombra” que respondan a una situación de bienestar social óptimo.

Una vez que se ha valorado la corriente de ingresos y gastos de la inversión pública, es cuando procede aplicar los criterios de decisión de la empresa privada.

2.3 Teorías explicativas de la evolución del gasto público

2.3.1 Hipótesis de Wagner (Universidad de Salamanca, 2009:4)

La inversión pública a lo largo de un período de tiempo crece en mayor proporción que el Producto Interno Bruto de un país, básicamente por tres razones:

- a) Cumplimiento de la ley: La ley y el orden es una competencia del Estado. El desarrollo y crecimiento de un país, aumenta las posibilidades de conflicto, por lo que el gasto destinado a garantizar los derechos de propiedad son mayores.
- b) Aparición de bienes y servicios que requiere gran inversión en tecnología: Con el desarrollo económico, se demandan bienes y servicios cuya producción requiere una inversión en tecnología muy elevada, que dentro de una economía mixta el sector privado no es capaz de proveer, como por ejemplo vías férreas, centrales nucleares, hospitales, aeropuertos, entre otros.

- c) Demanda de bienes que pueden ser un monopolio natural, que producen externalidades positivas o en los que la propiedad pública es importante para la estabilidad económica, por ejemplo se refiere a la producción de electricidad.

2.3.2 Hipótesis de Peacock y Wiseman (Universidad de Salamanca, 2009:7)

Por otro lado, esta hipótesis explica el crecimiento del gasto público en la segunda mitad del siglo XX, afirmando lo siguiente:

- a) Gasto público inferior al deseable: El nivel de impuestos se estabiliza en función del nivel de ciudadanos. Sin embargo, los ingresos aportados por los ciudadanos no garantizan la cantidad de gasto deseable.
- b) Efecto desplazamiento e inspección: el efecto desplazamiento, se produce cuando se desarrolla una perturbación social, por lo que se deben subir el nivel de impuestos para poder financiar gastos especiales. Por otro lado, el efecto de inspección, muestran que tanto el gasto como los impuestos no disminuyen ante una perturbación social, debido a que los ciudadanos han aumentado la carga impositiva que están dispuestos a tolerar y son más proclives a una mayor intervención del Estado.

2.3.3 Hipótesis del desarrollo del gasto público de Musgrave (Universidad de Salamanca, 2009:9)

De acuerdo a las diversas funciones del gasto público, su evolución es la siguiente:

- a) Factores económicos:
 - Asignación de recursos: Inicialmente se requiere de inversión pública, se construye una infraestructura mínima y finalmente, el Estado incrementa el gasto en formación de capital.
 - Distribución de la renta: A medida que existe un crecimiento económico, la desigualdad es acentuada, para lo cual es necesario crecer el gasto público para disminuir la brecha.
- b) Factores condicionantes:
 - Factores tecnológicos: Con el desarrollo económico, se produce un cambio tecnológico, principalmente para aquellos que poseen un nivel alto de tecnología, pues generan efectos externos importantes.
 - Factores demográficos: El gasto público estará afectado por la estructura por edades.
- c) Factores socioculturales y políticos:
 - Factores políticos y sociales: el gasto público dependerá de los cambios políticos y sociales con base al papel del Estado en la economía y en el bienestar de los individuos.
 - La financiación de la guerra y el efecto "umbral": los ciudadanos se resisten a subidas de impuestos; no obstante, una vez incrementados, no fuerzan su reducción.

2.3.4 Hipótesis de Baumol (Universidad de Salamanca, 2009:16)

Explica el crecimiento del gasto público a través de la oferta, partiendo de un modelo que posee las siguientes condiciones:

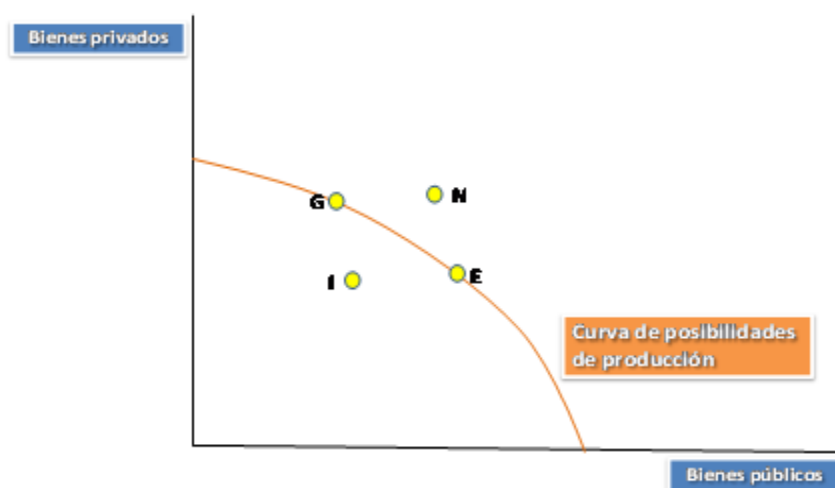
- a) Existen dos sectores en la economía, la industria y los servicios públicos.

- b) Se pagan salarios igual a la productividad marginal y los salarios los marca el sector privado.
- c) La demanda de servicios públicos es inelástica.

2.4 Producción de bienes públicos y privados

La inversión pública en sectores específicos de desarrollo productivo y social, dependerán básicamente del papel del Estado y en la forma en la que influye en las decisiones que se toman en el sector privado. A fin de determinar la asignación de recursos que se dedicarán a la producción de bienes públicos se describirá a través de la curva de posibilidades de producción, la cual muestra las diferentes cantidades de los bienes públicos y privados que pueden producirse con la utilización de tecnología y recursos.

Gráfico No. 1
Curva de posibilidades de producción de la sociedad



Fuente: Stiglitz J., (1988) La economía del sector público, I Ed.

Elaboración: Sergio Jurado

En el gráfico No. 1 se observa las posibles combinaciones de bienes públicos y privados que puede producirse en una sociedad, es decir, a medida que la sociedad gasta en mayor proporción los bienes públicos se reduce el consumo privado (Punto E). Si tomamos el punto I, el comportamiento es ineficiente por parte de la sociedad, ya que podrían obtener una mayor cantidad tanto de bienes públicos como de privados. Por otro lado, el punto N es inalcanzable, debido a que con los recursos y tecnología existentes, no es posible tener paralelamente esa cantidad de bienes públicos y bienes privados (Stiglitz 2003).

2.5 Indicadores de desempeño para medir el Sector Público, en el área de la salud

El concepto de desempeño en el ámbito gubernamental comprende tanto la eficiencia como la eficacia de una actividad de carácter recurrente o de un proyecto específico. En este contexto, la eficiencia se refiere a la habilidad para desarrollar una actividad al mínimo costo posible, en tanto que la eficacia mide si los objetivos predefinidos para la actividad se están cumpliendo. Además de estas dos dimensiones del desempeño público, recientemente se

han incorporado los criterios de desempeño presupuestario, focalización y calidad en la prestación de los servicios públicos (Bonney & Armijo 2005, 22).

2.5.1 Indicadores según ámbito de medición (Sáenz, s.f.)

- **Indicadores de insumos (inputs):** Cuantifica los recursos tanto físicos como humanos, y/o financieros utilizados en la producción de los bienes y servicios. Estos indicadores generalmente están dimensionados en términos de gastos asignados, número de profesionales, cantidad de horas de trabajo utilizadas o disponibles para desarrollar un trabajo, días de trabajo consumidos, etc. Estos indicadores son muy útiles para dar cuenta de cuántos recursos son necesarios para el logro final de un producto o servicio.
- **Indicadores de procesos:** Se refiere a aquellos indicadores que miden el desempeño de las actividades vinculadas con la ejecución o forma en el que el trabajo es realizado para producir los bienes y servicios, tales como procedimientos de compra o procesos tecnológicos. Estos indicadores son útiles para la evaluación del desempeño en ámbitos donde los productos o resultados son más complejos de medir.
- **Indicadores de productos:** Muestra los bienes y servicios de manera cuantitativa producidos y provistos por un organismo público o una acción gubernamental. Es el resultado de una combinación específica de insumos por lo cual dichos productos están directamente relacionados con ellos. Por sí solo un indicador de producto no da cuenta del logro de los objetivos o de los recursos invertidos en la generación de los mismos.
- **Indicadores de resultado final o impacto:** Miden los resultados finales a nivel del fin último esperado con la entrega de los bienes y servicios. La información que entrega se refiere por ejemplo al mejoramiento en las condiciones de la población objetivo, y que son exclusivamente atribuibles a dichos bienes.
- **Indicadores de eficacia:** Miden el grado de cumplimiento de los objetivos, por ejemplo a cuántos usuarios o beneficiarios se entregan los bienes y servicios, qué porcentaje corresponde del total de usuarios.
- **Indicadores de eficiencia:** Miden la productividad de los recursos utilizados, es decir cuántos recursos públicos se utilizan para producir un producto o servicio determinado.
- **Indicadores de economía:** Miden cuan adecuadamente son administrados los recursos utilizados para la producción de los bienes y servicios.
- **Indicadores de calidad:** Cuan oportunos y accesibles a los ciudadanos son los bienes y servicios entregados

2.5.2 Indicadores que miden el desempeño del sector de la salud pública

- **Indicadores de acceso físico (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:15-16):**
 - ✓ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud.

- ✓ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud que entrega un paquete de servicios de salud básicos.
- ✓ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud dotado de un médico.
- ✓ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia.
- ✓ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital.
- ✓ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital que entrega atención de emergencia (obstétrica) las 24 horas del día.
- ✓ Porcentaje de la población que cuenta con servicios de ambulancia las 24 horas del día.
- ✓ Porcentaje de los establecimientos de salud equipados con teléfono o radio.
- ✓ Porcentaje de la población que vive a más de X kilómetros de un establecimiento de salud que está cubierto por servicios de asistencia médica móvil.
- ✓ Población por médico.
- ✓ Población por enfermera.
- ✓ Población por cama de hospital

- **Indicadores de acceso económico (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:16-17)**

- ✓ Costo privado promedio total de los episodios de enfermedades de pacientes ambulatorios tratados profesionalmente, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo.
- ✓ Costo privado promedio total de los medicamentos para un típico episodio de enfermedad de un paciente ambulatorio, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo.
- ✓ Costo privado promedio total de una estadía hospitalaria promedio como porcentaje del ingreso anual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo.
- ✓ Tarifa promedio cobrada por visita de paciente ambulatorio por el establecimiento de salud ambulatorio público más cercano.
- ✓ Costo promedio por día de hospitalización en el hospital público más cercano

- **Indicadores de equidad (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:17)**

- ✓ Relación entre los subsidios de salud gubernamentales recibidos y el ingreso total recibido por el grupo de ingreso.
- ✓ Relación entre el coeficiente de Gini para los subsidios de los servicios de salud públicos y el ingreso total (o gasto total).

- **Indicadores estructurales (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:20)**

- ✓ Existencia de estándares nacionales para las calificaciones profesionales de los recursos humanos en salud, inclusive mecanismos de fiscalización.
- ✓ Proporción del personal de la salud que posee calificaciones profesionales básicas, inclusive especialización en servicios específicos de atención de salud primaria.

- ✓ Existencia de estándares nacionales para establecimientos, inclusive mecanismos de fiscalización.
- ✓ Proporción de establecimientos de salud que cumplen los estándares de estructura básica en base a los servicios que proveerán.
- ✓ Existencia de claros estándares nacionales para servicios de salud de alta prioridad.
- ✓ Proporción de establecimientos en que las actuales directrices para el diagnóstico y tratamiento están disponibles por escrito.
- ✓ Existencia de un programa de control de calidad nacional, el que incluye personal capacitado y procedimientos establecidos para el diseño, monitoreo y mejoramiento de la calidad.

- **Indicadores de proceso (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:20-21)**

- ✓ Proporción de clínicas en que los servicios están plenamente integrados de acuerdo a las normas nacionales.
- ✓ Proporción del personal de la salud que fue supervisado de manera efectiva y oportuna de acuerdo a las normas nacionales.
- ✓ Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario –proveedor.
- ✓ Proporción de remisiones ordenadas y realizadas de acuerdo a las directrices y normas nacionales.
- ✓ Proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras condiciones posibles de prevenir.
- ✓ Proporción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono).

- **Indicadores de eficiencia (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:27)**

- ✓ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico (o por médico).
- ✓ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera (o por enfermera).
- ✓ Relación entre las visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal (costos unitarios de personal).

- **Indicadores de sustentabilidad (Knowles, Leighton y Stinson, 1997:36)**

- ✓ Porcentaje de todo el sistema de salud financiado con ingresos tributarios.
- ✓ Porcentaje del sistema de salud público financiado con ingresos tributarios.

2.6 Fundamentos de la Seguridad Social

La seguridad social puede entenderse como la protección que la sociedad proporciona a cada uno de sus miembros y que les permita a ellos poder enfrentar cualquier eventualidad que afecte su existencia y su salud, además de contar con un ingreso suficiente en la vejez que les permita vivir de manera digna (Alemán G, Morales R.; s.f).

Se atribuye a Simón Bolívar el inicio de la utilización del término “seguridad social”; en uno de sus discursos mencionó: *“El gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”* (González y Rueda, 1989:50).

La Organización Internacional del Trabajo (2001:9) define a la seguridad social como:

La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales, que de no ser así ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedades, maternidad, accidentes del trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte, y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

Fue en Alemania donde se abordó el tema de la seguridad social que debe estar garantizada por el Estado a través de normas jurídicas, a través de la Ley del Seguro contra enfermedad (1883), Ley del Seguro contra accidentes (1884) y Ley del Seguro contra la invalidez y la vejez (1889). El mariscal Otton Von Bismarck fue quien presentó iniciativas de ley, las mismas que fueron aprobadas por el parlamento alemán, por lo cual se lo considera el autor intelectual de la seguridad social (Alemán G, Morales R.; s.f)

Las causas que motivaron la aparición de la seguridad social, dentro del campo del derecho, no han sido objeto de un profundo estudio. Al respecto, algunos autores, consideran que la Revolución Industrial del siglo XVIII, es el punto de partida de este análisis. Esta Revolución no solo conllevó un cambio en el modelo de producción, sino que dio paso a un gran progreso a nivel jurídico, económico, social y político. A nivel laboral, el movimiento de los campesinos de las tierras a las ciudades, provocó que pasen de una situación en la que eran sus propios patrones a ser obreros, dando lugar a la formación de la clase obrera, el trabajo asalariado, los sindicatos (Alemán G, Morales R.; s.f:53).

Alemán y Morales (s.f.:53) consideran que en la Revolución Industrial se enfrentan dos ideologías jurídicas. Por un lado, la liberal individualista que luchaba por los derechos humanos, y por otro, la corriente social, apoyada en el pensamiento socialista-materialista del trabajo asalariado y que defendía la reivindicación de los derechos colectivos de la clase obrera.

La Revolución Industrial en Alemania se cimentó en la explotación del carbón mineral del Ruhr, lo que provocó un intenso desarrollo de las plantas manufactureras, la constitución de bancos, sociedades anónimas y grandes empresas. Esto dio lugar a la “necesidad de contar con un ente jurídico político que garantizara y protegiera al industrialismo alemán” (Alemán G, Morales R.; s.f:53). De esta manera, el 1 de noviembre de 1821 se expuso un documento que promulgaba la importancia de proveer protección al trabajador en caso de enfermedad, accidente, vejez o invalidez total o parcial (Alemán G, Morales R.; s.f:53).

Las primeras demandas laborales y de seguridad social surgieron por las presiones de los sindicatos y con el apoyo de los socialistas, llevando al Parlamento Alemán a aprobar las primeras leyes sobre seguridad social que habían sido presentadas por Otto Von Bismarck (1883), mediante el cual se instituye el seguro obligatorio para los trabajadores. El Canciller alemán expresó en aquellas épocas *“por caro que parezca el seguro social, resulta menos gravoso que los costos de una revolución”* (Moreno y Guillermo, 2003: XI). De hecho, en Principios y Fundamentos de la Seguridad Social, (Alemán y Morales, s.f.) se menciona que:

El motor principal que hace posible la puesta en marcha de los seguros sociales en Alemania es el temor a la destrucción del Estado y la sociedad por el movimiento obrero socialista, tratando de combatir, ni más ni menos que una amenazante revolución social y dar respuesta a las exigencias de la social democracia.

Inglaterra, también presionado por sus sindicatos, promulgó en 1911, la Ley Nacional “Insurance Bill”, mediante la cual se instauró la seguridad social en aquel país. Pasaron tres décadas y el decano de la London School of Economic, William Beveridge, expuso al gobierno inglés una reestructuración y ampliación de los seguros sociales. Beveridge, en 1944, definió la seguridad social como el conjunto de “medidas adoptadas por el Estado para proteger a los ciudadanos contra aquellos riesgos de concreción individual que jamás dejarán de presentarse, por óptima que sea la situación” (Alemán G, Morales R.; s.f.:54).

Además, Beveridge expuso el modelo del Estado benefactor, en el cual, este es el responsable de la seguridad social. Este plan buscaba “aliviar el estado de necesidad e impedir la pobreza, este es un objetivo que debe perseguir toda sociedad moderna y que debe inspirar el carácter de generalidad de la protección social” (Alemán G, Morales R.; s.f.:54), razón por la cual, Beveridge es considerado el padre de los seguros sociales modernos.

Esta política social inglesa presentaba las siguientes características (Alemán G, Morales R.; s.f.:54):

- Es un modelo que descansa ampliamente sobre recursos procedentes de los Presupuestos Generales del Estado.
- Se basa en cotizaciones uniformes para todos los asegurados, otorgándoles prestaciones económicas uniformes para todos ellos.
- Prevé la existencia de una seguridad social voluntaria, concibiendo la obligatoria, como nivel de subsistencia.
- Manifiesta una tendencia hacia la universalización de la cobertura, de forma que cubre a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título ciudadano.
- Lleva implícita una tendencia hacia la unificación y homogeneidad de los riesgos objeto de cobertura con la tendencia de que una única cotización cubra en unidad de acto todos los riesgos.
- Impone una administración y gestión unificada y pública del sistema.

En base a los antecedentes mencionados, la Seguridad Social está fundada en “principios filosóficos que constituyen los ejes rectores que le sirven de soporte para su sustentación jurídica” (Alemán G, Morales R.; s.f.:54).

La Universalidad es el primero de ellos, ya que la seguridad social es un derecho que debe ser aplicable a todos los miembros de una sociedad. Otro de los principios es la solidaridad, desde la cual, la seguridad social debe servir como una medida que permita la redistribución del ingreso nacional. Además, la integridad, es otro de estos principios, que llama a usar los recursos de manera eficiente para que las prestaciones de la seguridad social sean suficientes para atender las eventualidades surgidas por la cesantía, enfermedad, invalidez, vejez o muerte (Alemán G, Morales R.; s.f.:54).

2.7 Políticas públicas en salud

Las políticas públicas en términos bastante sencillos, son las respuestas que da un Estado ante los requerimientos de la sociedad en los diferentes ámbitos de responsabilidad del mismo.

2.7.1 Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud

Las políticas públicas y su evaluación son fundamentales dentro de los objetivos y metas que se buscan cumplir, pues sus resultados permiten tener información en dos aspectos tanto del desempeño, así como del cumplimiento. Es importante considerar que en el ámbito de las políticas públicas, el éxito o fracaso se determina en gran medida por varios factores y no obedecen tan solo a resultados cuantitativos; sino también cualitativos (Curcio, 2007).

La medición del desempeño y del cumplimiento de los objetivos propuestos, a través de las políticas públicas, permiten establecer un plan de acción en virtud del cumplimiento o no de los mismos.

La evaluación se la puede clasificar de acuerdo a diversos criterios, por ejemplo Browne y Wildasky (1983) tipificaron a la evaluación en:

- Pseudoevaluación
- Cuasievaluación
- Evaluación concentrada (metas, extensa, inferencial, exenta de metas, de metas múltiples, cierta, teórica de decisiones) y,
- Metaevaluación

Todos los tipos de evaluación descritos, se los consideran de carácter retrospectivo¹ y en el campo de salud buscarán determinar, por ejemplo, la certeza del objetivo de medicamentos a obtener en las metas planteadas y en un grado menor si se obtuvo los resultados esperados en cuanto a condiciones de salud.

Otro análisis, centrado en la estructuración del problema, es propuesto por Dunn (1994) y de ahí, el enfoque del análisis y formulación de políticas se desprenden. Adicionalmente, Ovretveit (1998) evidencia que los temas relacionados con salud pueden evaluarse de acuerdo a: tratamientos, servicios, intervenciones organizacionales e incluso políticas, y

¹ Es decir, buscan medir la efectividad de la política o del programa una vez implementado, ya sea en cuanto a resultados, comparando los objetivos y metas planteados con los obtenidos, o en cuanto a procesos y desempeño de implementación.

todas ellas se centran en los insumos, el proceso y resultados; pero no parten ni reflexionan acerca del problema público.

Es necesario entonces, focalizar la evaluación de las políticas públicas en la definición y estructuración de problema público de este modo se descarta desde un inicio los errores de diseño de política y marco conceptual en el cual se va a asentar la evaluación. La metodología de evaluación planteada entonces se compondrá de tres grandes componentes los cuales son:

1. **Elaboración** del marco conceptual de la evaluación.
2. **Evaluación conceptual** de la política o programa.
3. **Evaluación empírica.**

2.7.1.1 Marco Conceptual

Las políticas públicas buscan resolver las necesidades insatisfechas por la mayoría de la población o grupo objetivo; y que se implementan a través de un análisis que considera aspectos legales, económicos, administrativos y políticos.

Dentro del análisis, es fundamental encontrar o tomar decisiones sobre aquellos problemas sobre los cuales se debe y puede hacer algo.

Según Dunn (1994), las características de los problemas públicos son:

1. **Interdependientes**, es decir que los problemas de un área afectan a otras.
2. **Construcciones sociales y políticas de la sociedad**, que están sujetas al valor que dan las personas que las estructuran.
3. **Artificiales**, las personas tienen juicios acerca de la modificación de los mismos.
4. **Dinámicos**, existen tantas soluciones como definiciones a los problemas públicos planteados.

Regularmente, existen diferentes formas mediante las cuales se pueden resolver los problemas públicos, una de las acciones es plantearlos a manera de modelo; que no es más que una representación de la realidad en ecuaciones, diagramas, gráficos y conceptos. A partir de estas representaciones, se pueden recomendar cursos de acción que modifiquen los problemas planteados.

Como se mencionó anteriormente, los problemas de políticas públicas son interdependientes; más aún en el caso de la salud los problemas tienen varios factores que influyen en el impacto, tales como: económicos, políticos, educación, ambiente y aspectos individuales biológicos o clínicos.

En el ámbito de la Salud, se requiere un análisis profundo de las causas de los problemas, pues un conocimiento basto y amplio del problema proveerá de las herramientas necesarias a los tomadores de política para que las acciones a implementarse tengan los mayores alcances.

Bajo este contexto, es beneficioso tomar acciones preventivas que curativas, ya que en algunas circunstancias las políticas que se tomen no solo deben solucionar las causas sino también deben ser capaces de modificar los síntomas identificados.

Previo a la evaluación tanto conceptual como empírica es importante algunos aspectos a considerar en la delimitación para el diseño de la evaluación (Tejedor 2000), como:

Cuadro No. 1
Aspectos a considerarse en la delimitación del diseño

	Contenidos	Dificultades	Consecuencias
Desarrollo del programa	Entorno Objeto de la evaluación Destinatarios Criterios de evaluación Actividades	No se considera a los implicados	No se implican los interesados y se tiende a descalificar la evaluación
Recogida de datos	Variables de interés Fuentes de información Instrumentos Técnicas de recogida	Procedimientos que violan derechos	Pleitos
		Procedimientos que utilizan tiempo valioso de usuarios	Falta de cooperación Datos no reales
		Procedimientos que implican cambios de hábitos	
Análisis de datos	Tipo de datos recogidos Criterios estadísticos Análisis adecuados Interpretación correcta	Datos con incidencia individual	Información criticada y no valorada
		Análisis demasiado técnicos	
Realización de informes	Destinatarios Número de informes Difusión	Los implicados no participan en el informe	La información no se utiliza por los grupos afectados
		La audiencia no tiene oportunidad de reaccionar	
		El informe afecta a puestos de trabajo	
		Se pone en aprieto a personas o instituciones	
Manejo de la información	Decisiones a tomar Personas afectadas Presupuesto de las decisiones a adoptar	No se especifican bien responsabilidades	Agravio colectivo
		Presupuestos deficientes Información desaprovechada	

Fuente: Tejedor (2000), El diseño y los diseños de evaluación de programas.

Elaboración: Sergio Jurado

2.7.1.2 Evaluación Conceptual

- **Deber ser:** Weiss (1998) considera que es necesario partir de un marco conceptual, de modo que a través de esto se oriente al evaluador de las razones y hechos que se asocian a los problemas y con esto tener una noción acerca de la problemática con la cual se enfrenta. El “deber ser” es el diseño de una política o estado deseable en cuanto a un aspecto específico, de este modo podremos evaluar o contrastar la situación presente de un área en particular.

- **Coherencia externa:** Los objetivos y los programas planteados, podrían estar ante un error de tipo III, en términos estadísticos; es decir, considerar superior a un tratamiento o política que en realidad es inferior por lo cual se podría estar ante resultados que no coinciden en absoluto con lo planteado. De ser acertada la política o programa se requerirá un análisis de coherencia interna.
- **Coherencia interna:** Es importante no solamente analizar a la evaluación en sus aspectos externos; sino también en los internos; pues muchas veces puede ocurrir que existe un buen planteamiento de los objetivos generales que efectivamente se enfocan en el problema final; pero al revisar los objetivos específicos, los mismos no aportan a la solución del problema. Por ende, es vital el análisis de la coherencia interna, pues la misma busca que los objetivos específicos sean pequeños pasos que acerquen al cumpliendo final del objetivo.

Situación macroeconómica del Ecuador

El análisis macroeconómico identifica algunos factores. Estas fuerzas incluyen las demográficas, las económicas, las tecnológicas, las políticas, las legales y las geográficas. Para el presente análisis se considerarán los factores económicos y demográficos.

3.1 Factores económicos

Las condiciones económicas son de fundamental importancia en la toma de decisiones, dado que inciden no sólo en el tamaño y atractivo de los mercados, sino en la capacidad de ésta para atenderlos rentablemente.

- ❖ Producto Interno Bruto
- ❖ Inflación
- ❖ Inversión Pública

3.1.1 Producto Interno Bruto

Sachs (2002:25) denomina al PIB como “el valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales de un país durante un período (normalmente es un trimestre o un año)”.

Cuadro No. 2
Variación Porcentual Anual del PIB
Período: 2001-2012

AÑO	PIB
2001	5,3%
2002	4,2%
2003	3,6%
2004	8,0%
2005	6,0%
2006	3,9%
2007	2,2%
2008	6,4%
2009	0,6%
2010	3,3%
2011	7,8%
2012	5,0%

Fuente: Banco Central del Ecuador (2007, 2013), Información estadística mensual.

Elaborado por: Sergio Jurado

Durante el período 2001-2006, el PIB del Ecuador registró un crecimiento promedio anual del 5,2%. Según estos resultados, en el año 2004 el PIB evidenció un crecimiento, con relación al año 2003 del 8,0%.

Por otra parte, el PIB no petrolero presenta un crecimiento sostenido durante dicho período, como resultado del dinamismo de las actividades de exportación, consumo e inversión

(FBKF). Así, durante el período 2001-2006, alcanzó un crecimiento promedio de 3,8%, mientras en el año 2006 la expansión de estas actividades fue de 4,9%.

A partir de la publicación No. 80, las Cuentas Nacionales Trimestrales, a precios constantes, toman como referencia el año 2007 en lugar del año 2000; la suma anual de los agregados macroeconómicos trimestrales se ajusta a los resultados de las Cuentas Nacionales Anuales base 2007. Según estos resultados, entre el año 2007 y 2012, el PIB evidenció un crecimiento promedio anual de 4,2%, mostrando en el año 2011, un crecimiento del 7,8% el mayor durante este periodo.

3.1.2 Inflación

De acuerdo a Sachs (2002:9), la tasa de inflación mide el cambio porcentual del nivel general de precios de la economía. Tras haber alcanzado una inflación promedio anual de 96.1% en el año 2000, el gobierno ecuatoriano decidió dolarizar la economía del país.

A partir del año 2001 se redujeron las presiones inflacionarias, debido a que el régimen monetario de dolarización eliminó el riesgo cambiario y las variaciones en la cantidad de dinero pasaron a estar determinadas por las transacciones de los residentes con el resto del mundo.

Cuadro No. 3
Inflación Promedio Anual 2001-2012

AÑO	INFLACIÓN
2001	40,3%
2002	12,6%
2003	8,0%
2004	2,8%
2005	2,1%
2006	3,3%
2007	10,1%
2008	8,3%
2009	1,4%
2010	6,7%
2011	3,1%
2012	2,1%

Fuente: Banco Central del Ecuador (2007, 2013), Información estadística mensual.

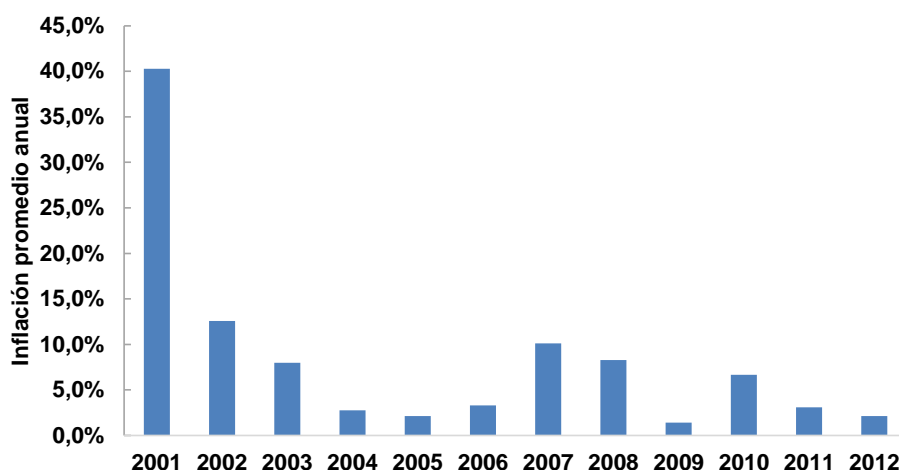
Elaborado por: Sergio Jurado

Así, la inflación promedio anual disminuyó sistemáticamente a partir del año 2002 hasta registrar su nivel más bajo en el periodo comprendido entre el 2001 y el 2006, en el año 2005 (2,1%), mientras en el año 2006 se observó un ligero incremento (3,3%).

En términos generales, durante los años 2007 y 2012 la inflación promedio fue del 5,3%. A partir del año 2007 el Índice de Precios al Productor (IPP) muestra una leve tendencia a la baja. Los años 2007 y 2008 son los años de mayor porcentaje debido en gran parte a

fenómenos económicos internacionales. El comportamiento general de la inflación depende de ciertos productos como: los alimenticios, las bebidas, el tabaco, los textiles, las prendas de vestir y del sector de la agricultura, silvicultura y pesca que en su conjunto aportan cerca del 50,0% de la canasta del IPP.

Gráfico No. 2
Inflación Promedio Anual
Período: 2001-2012



Fuente: Banco Central del Ecuador (2007, 2013), Información estadística mensual.

Elaborado por: Sergio Jurado

La inflación se ha mantenido en niveles bajos en el periodo 2009-2012, observándose tan solo aumento en el año 2010 (6,7%). Esta evolución da cuenta de que no existirían excesos de demanda agregada en relación a la capacidad de producción de la economía.

3.1.3 Inversión Pública

Cuadro No. 4
Inversión Pública como Porcentaje del PIB
Período: 2001-2012

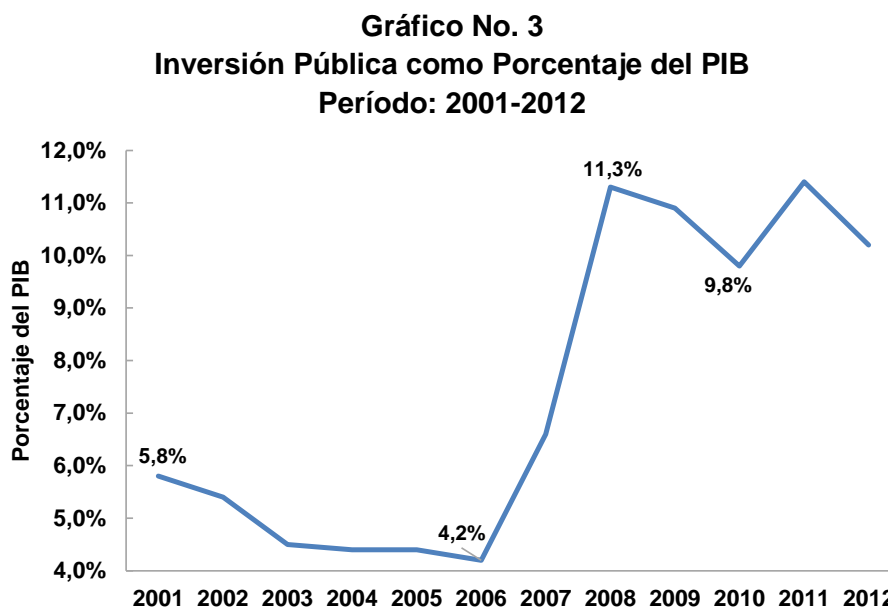
AÑOS	PORCENTAJE
2001	5,8%
2002	5,4%
2003	4,5%
2004	4,4%
2005	4,4%
2006	4,2%
2007	6,6%
2008	11,3%
2009	10,9%
2010	9,8%
2011	11,4%
2012	10,2%

Fuente: Banco Central del Ecuador (2007, 2013), Información estadística mensual.

Elaborado por: Sergio Jurado

El gráfico No.3 presenta los gastos en Inversión Pública del SPNF (Presupuesto General del Estado-PGE-, Empresas Públicas no Financieras, Gobiernos Locales y otros). De enero a noviembre de 2006, el monto destinado a gastos de inversión y de capital alcanza un valor de USD 1.945,4 millones, lo que representa 4,2% del PIB.

En el periodo del 2001-2006 la inversión pública SPNF como porcentaje del PIB fue en promedio del 4,8% anual.



Fuente: Ministerio de Finanzas (2012)-Información Fiscal del Sector Público No Financiero Histórica 2000-2012.

Elaborado por: Sergio Jurado

Por otra parte, de enero a noviembre de 2012, el monto destinado a gastos de inversión y de capital alcanza un valor de USD 8.763,8 millones, lo que representa 10,2% del PIB.

Con 11.118,0 millones de dólares, incluyendo el sector público, en el año 2012 la inversión estatal fue la mayor en la historia de Ecuador. La cifra se multiplicó por seis entre 2006 y 2012. De acuerdo a la CEPAL, este indicador fue el más alto de toda la región.

3.2 Factores demográficos

A continuación se presenta un análisis de variables importantes que sirven como un marco de referencia para el presente trabajo de disertación, entre ellas: la PEA, la tasa de desempleo y subempleo, así como de la pobreza por ingresos.

3.2.1 Población Económicamente Activa (PEA)

De acuerdo a la literatura (SIISE, s.f) la población económicamente activa es el número de personas de 10 años y más que están en capacidad y disponibilidad de trabajar dentro de un territorio determinado.

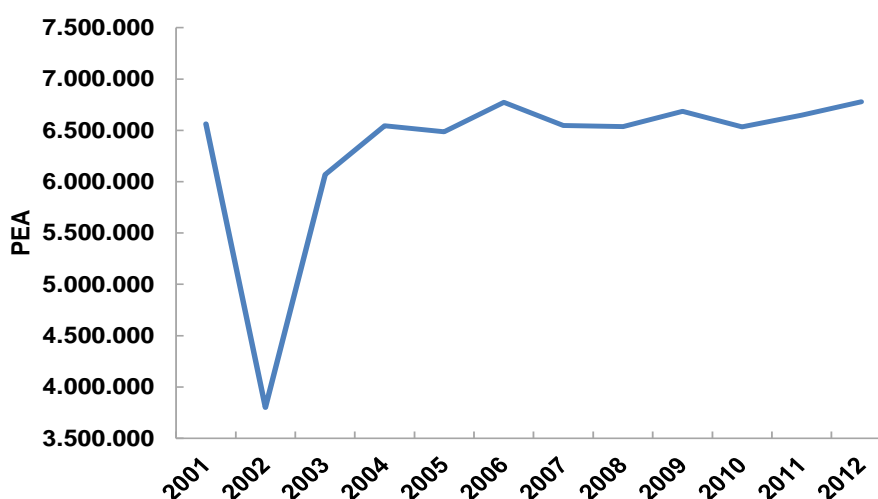
Cuadro No. 5
Población Económicamente activa
Período: 2001-2012

AÑO	PEA
2001	6.563.224
2002	3.801.340
2003	6.070.345
2004	6.545.188
2005	6.486.112
2006	6.772.557
2007	6.548.109
2008	6.536.310
2009	6.685.111
2010	6.535.240
2011	6.647.203
2012	6.779.467

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo
Elaborado por: Sergio Jurado

El análisis de esta variable como se muestra en el cuadro No. 5 evidencia que hay estabilidad laboral, sin embargo en el año 2002 existe un desequilibrio esto principalmente porque en este año se vivieron crisis internacionales que afectaron a los mercados a nivel mundial.

Gráfico No. 4
Evolución de la Población Económicamente Activa
Período: 2001-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo
Elaborado por: Sergio Jurado

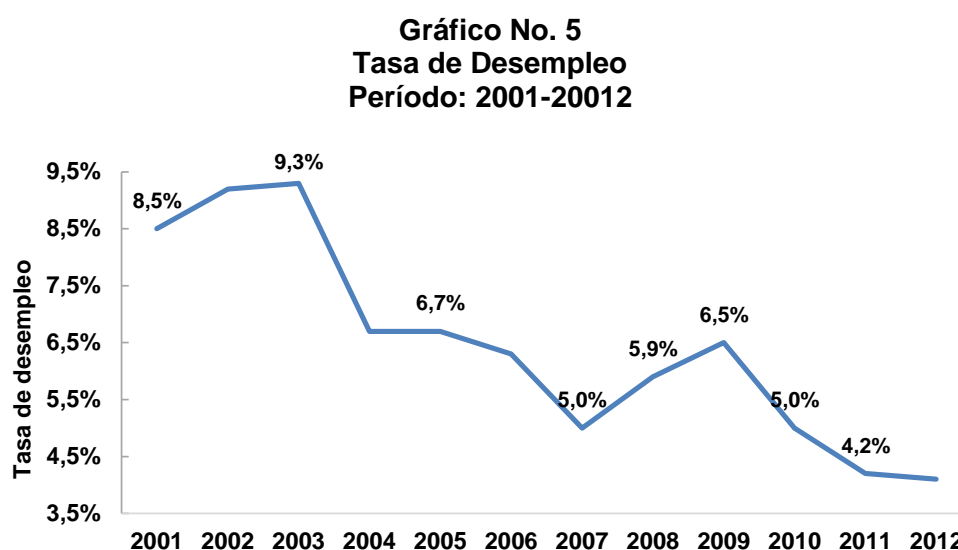
Dentro de la estructura del mercado laboral, la PEA en el período 2001-2006 ha presentado un crecimiento promedio anual del 5,8%, como muestra el gráfico No. 4, sin embargo si no

se toma en cuenta el año 2002, el promedio anual de crecimiento sería de 1.0%. Por su parte, en el periodo 2007-2012, la PEA tuvo un crecimiento promedio anual de 0,7%. La población económicamente activa como ha sido la constante se concentra en un 50% en las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca.

3.2.2 Mercado Laboral (Desempleo y Subempleo)

Desempleo

La tasa de desempleo refleja el nivel de desocupación en relación a la población económicamente activa que presenta una edad superior a los 15 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo
Elaborado por: Sergio Jurado

El desempleo constituye uno de los problemas estructurales dentro la economía ecuatoriana que aún no han sido resueltos; tal como se observa en el gráfico No. 5, el desempleo se ha mantenido alrededor del 9,0% entre los años 2001 y 2003. A partir del año 2004, la tasa de desempleo, en promedio, se ha mantenido alrededor del 6,6% y en el año 2006 el desempleo promedio fue de 6,0% de la PEA.

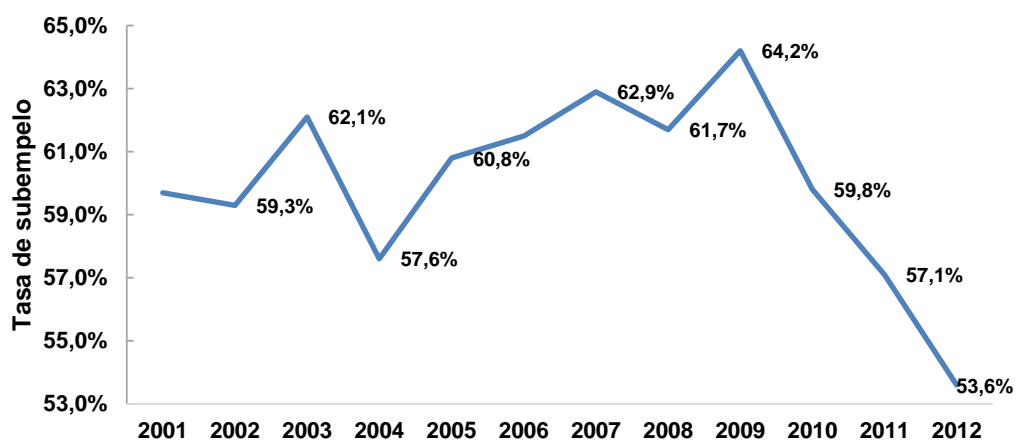
A partir del año 2007 el indicador de desempleo ha bajado considerablemente; en el período 2007-2012 la tasa de desempleo promedio anual fue del 5,1% de la PEA.

Se observa que en los años 2011 y 2012 esta tasa se ha reducido considerablemente a un promedio del 4,1% de la PEA; evidenciando una tendencia a la baja, lo que muestra beneficios para la sociedad y se constituye un índice del crecimiento de las empresas y de los sectores productivos y de comercio.

Subempleo

El subempleo es, junto con el desempleo, uno de los más graves problemas estructurales de la economía ecuatoriana.

Gráfico No. 6
Tasa de Subempleo
Período: 2001-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo
Elaborado por: Sergio Jurado

Entre los años 2001 y 2006 la tasa de subempleo registró un nivel promedio de 60,2% de la PEA, un nivel superior al observado en el año 2004. En los años 2010, 2011 y 2012, registró niveles promedio de 59,8%, 57,1% y 53,6% de la PEA respectivamente, inferiores al promedio presentado en el periodo comprendido entre el 2001 y 2006, y además de aquellos registrados en los años 2007 al 2009, como se muestra en el gráfico No. 6

A pesar de una reducción del 2010 al 2012, las tasas de subempleo que se observan revelan una situación preocupante, ya que esta parte de la PEA se ocupan en actividades de menor productividad, implicando ingresos menores y una calidad de vida menor.

3.2.3 Pobreza

Índice de Pobreza por Ingresos

Este índice representa “el número de personas pobres expresado como porcentaje del total de la población en un determinado año” (SIISE, s.f).

Las personas pobres son aquellas que forman parte de un hogar cuyo ingreso per cápita está por debajo de la línea de pobreza.

Cuadro No. 6
Pobreza de Ingresos
Período: 2001-2006

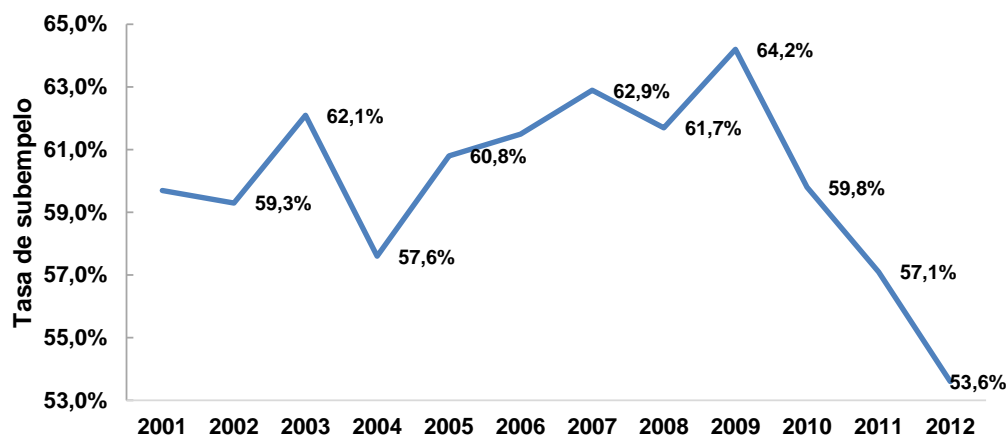
AÑO	POBREZA DE INGRESOS
2001	54,9%
2002	33,1%
2003	49,9%
2004	44,6%
2005	42,2%
2006	37,6%
2007	36,7%
2008	35,1%
2009	36,0%
2010	32,8%
2011	28,6%
2012	27,3%

Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU

Elaborado por: Sergio Jurado

En el periodo comprendido entre los años 2001 y 2006, la tasa de incidencia de pobreza de la población nacional urbana del país registró una tasa promedio de 43,7%, mientras que entre los años 2007 y 2012, la tasa promedio registrada fue de 32,8%, mostrando una clara tendencia a la baja, tal como se observa en el gráfico No. 7.

Gráfico No. 7
Índice de pobreza por ingresos
Período: 2001-2012



Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU

Elaborado por: Sergio Jurado

Situación del sistema de seguridad social y de salud en el IESS

El sistema de seguridad social y de salud en el Ecuador está articulado alrededor de las prestaciones y servicios que presta el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Estas prestaciones relacionadas a mejorar las condiciones de vida de la población objetivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que constituyen todos aquellos beneficiarios en condición de afiliación al sistema de Seguro General de Salud Individual y Familiar.

El grupo de beneficiarios del sistema de Seguro General de Salud Individual y Familiar está compuesto por los siguientes segmentos de población, caracterizados por su condición y estado de afiliación, entre los que se citan:

- a) Los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro General.
- b) Los beneficiarios atendidos dentro del sistema de Riesgos del Trabajo.
- c) Los beneficiarios atendidos dentro del sistema de aseguramiento voluntario.
- d) Los cónyuges de los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro General.
- e) Los menores de 18 años dependientes de los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro General.
- f) Los beneficiarios jubilados.
- g) Los beneficiarios afiliados al sistema de del Seguro Social Campesino.
- h) Los beneficiarios de Montepío.
- i) Los beneficiarios no afiliados, que comprenden a las personas atendidas que pertenecen al ISSFA, ISSPOL, aquellas atendidas en casos de emergencia en las instalaciones del IESS, los pacientes SOAT,

Estos beneficiarios constituyen la población objetivo de atención del sistema de seguridad social y salud de las prestaciones y servicios que presta el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través de su red de atención hospitalaria a nivel nacional.

La estructura de atención hospitalaria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social está constituida por unidades de salud dividida en tres categorías y una de ellas compuesta de tres niveles.

A continuación detallamos cómo se estructuran las unidades de salud, que despliegan el servicio y cobertura de las prestaciones a nivel nacional con la que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social atiende a su población asegurada:

- a) Centro de Atención Ambulatoria – CAA
- b) Unidad de Atención Ambulatoria – UAA
- c) Hospital
 - i. Hospital de nivel 1 –H1

- ii. Hospital de nivel 2 – H2
- iii. Hospital de nivel 3 – H3

Las diferencias entre las unidades de salud están relacionadas a varios factores, tales como capacidad instalada, ubicación geográfica, cobertura de prestaciones y especialidades, número de personal de atención médica, así como otros factores propios de la estructura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, asociados a la regionalización de su estructura funcional.

Los Centros de atención ambulatoria (CAA) brindan atención odontológica así como de consulta externa médica. Por su parte los hospitales nivel 1 se caracterizan por dar atención integral ambulatoria y hospitalaria en medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología. En el caso de los hospitales nivel 2, la atención ambulatoria y hospitalaria que ofrecen tiene énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud asociado a un mayor número de especialidades. Mientras que, los hospitales nivel 3 cuentan con médicos generales, especialistas básicos y sub especialistas que tratan “enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas” (Facultad de Medicina UNAM, 2010:63).

No obstante, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad social tiene una red de unidades médicas a nivel nacional estructurado de la siguiente manera:

Cuadro No. 7
Balance 2011 de unidades de salud por tipo

TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS	SIGLAS	NÚMERO
Centros de Atención Ambulatoria	CAA	24
Unidades de Atención Ambulatoria	UAA	44
Hospital de nivel 1	H1	7
Hospital de nivel 2	H2	8
Hospital de nivel 3	H3	3
Total		86

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

A nivel nacional el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con 24 Centros de Atención Ambulatoria, 44 Unidades de Atención Ambulatoria, 7 hospitales de nivel 1, 8 hospitales de nivel 2 y 3 hospitales de nivel 3.

Las 86 unidades de salud con las que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social presta están compuestas por 28% en centros de atención ambulatoria, 51% en unidades de atención ambulatoria y 21% hospitales.

Del total de unidades médicas del tipo hospital el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con un 39% de hospitales de nivel 1, 44% de hospitales de nivel 2, y 17% de

hospitales nivel 3. Los tres hospitales de nivel 1 están ubicados en las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca.

En el plano de la salud se puede ver uno de los cambios radicales en cuanto a la inversión del Gobierno actual en comparación con los gobiernos anteriores que gobernaron entre el año 2001 y 2006. En el periodo de 2007 hasta 2012 se ha invertido 356% más que en el periodo comprendido entre 2001-2006, inclusive muy probablemente esta cifra sea mayor ya que de los datos tomados del Banco Central del Ecuador se posee datos para el año 2012 apenas hasta el mes de octubre; por lo que muy probablemente sea cerca de 400% más la inversión que en los Gobiernos Anteriores. Es importante recalcar este punto ya que aún cuando es necesaria una mayor inversión en el Sector de la Salud se observan altos niveles de inversión, que también se ha visto advocada a una mayor atención a los beneficiados de la Seguridad Social del IESS (Cuadro No. 8).

Cuadro No.8
Egresos del presupuesto del Gobierno Central
Millones de USD

AÑO	SALUD Y DESARROLLO COMUNAL
2000	146,9
2001	188,6
2002	259,0
2003	309,9
2004	371,3
2005	422,9
2006	504,5
2007	606,4
2008	1190,1
2009	1201,2
2010	1330,3
2011	1611,4
2012	1372,3

Fuente: BCE (2003-2007) Información Estadística Mensual No.1931

Elaboración: Sergio Jurado

A través del cambio de políticas, se amplió la cobertura de la seguridad social en el IESS ya que no solo abarca al afiliado aportante sino también a las cargas familiares.

Cuadro No. 9
Operaciones del Sector Público no financiero -base devengado
Porcentaje del PIB

TRANSACCIONES/ PERIODO	AÑOS											2012		
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012-I (p)	2012-II (p)	2012-III (p)
INGRESOS TOTALES	23,3	25,7	24,3	25,1	24,8	27,0	29,6	40,7	35,3	40,0	46,3	11,7	12,6	11,9
Petroleros	6,4	5,6	5,9	6,5	6,0	7,8	7,3	16,0	10,0	13,5	19,2	4,2	5,1	4,2
No Petroleros	16,4	19,3	18,2	17,8	18,6	20,0	21,0	23,1	23,8	24,1	24,5	6,3	7,1	6,8
IVA	6,9	6,8	6,1	5,8	5,9	5,9	6,1	5,7	6,3	6,5	6,2	1,8	1,8	1,9
ICE	0,7	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,2	0,2	0,3
A la renta	2,5	2,4	2,6	2,7	3,2	3,5	3,7	4,3	4,8	4,1	4,5	1,0	1,7	1,1
A la circulación de capitales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Arancelarios	1,7	1,8	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,8	2,0	1,7	0,4	0,4	0,5
A la salida del país	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A la compra-venta de divisas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A las operaciones de crédito en m/n	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribuciones Seguridad Social	2,1	3,1	3,2	3,1	3,0	3,7	4,0	3,9	4,0	4,4	5,9	1,5	1,6	1,7
Otros (1)	2,5	4,4	4,0	4,0	4,2	4,6	5,0	6,8	6,0	6,3	5,2	1,4	1,4	1,4
Superávit operacional de empresas públicas no financieras	0,5	0,8	0,3	0,7	0,2	-0,7	1,3	1,6	1,5	2,3	2,6	1,2	0,4	1

Fuente: Banco Central del Ecuador (2013) Información Estadística Mensual No.1931

Elaboración: Sergio Jurado

Otro de los puntos a destacar dentro de la Seguridad Social es el crecimiento de los ingresos como porcentaje del PIB, que obedece a varias razones, sobre todo a un cambio radical en el sistema de Salud y de Seguridad Social del IESS en donde en la actualidad se aplica con más severidad la normativa a aquellas empleadores que incumplen con la afiliación de sus trabajadores al sistema de seguridad social, así como también a la inclusión de las cargas familiares como beneficiarios de la atención en el IESS (Cuadro No. 9).

4.1 Descripción de la población afiliada

La población afiliada sobre la cual el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social presta los servicios de aseguramiento social y salud está compuesta por todos los afiliados activos, los afiliados voluntarios, las personas jubiladas y los beneficiarios de montepío.

Cuadro No. 10
Población estimada afiliada con historia laboral

AÑO	POBLACIÓN ESTIMADA AFILIADA CON HISTORIA LABORAL
2004	1.271.001
2005	1.273.469
2006	1.536.068
2007	1.584.420
2008	1.584.420
2009	1.585.342
2010	1.809.017
2011	2.321.953
2012	2.834.889

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

La tasa global de crecimiento del nivel de población afiliada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para el período 2004-2006 es de 20,9%, mientras que para el período 2007-2012 es de 78,9%.

Cuadro No. 11
Composición² de la población afiliada con respecto al nivel de Población Económicamente Activa y Nivel de Ocupados Plenos

AÑO	CON RESPECTO A NIVEL DE PEA	CON RESPECTO A NIVEL DE OCUPADOS PLENOS
2004	19,5%	-0,47915
2005	19,5%	-0,47814
2006	23,5%	-0,37053
2007	24,2%	-0,35072
2008	24,2%	-0,35071
2009	24,3%	-0,35034
2010	27,7%	-0,25868
2011	35,5%	-0,04848
2012	43,4%	-0,00247

Fuente: Estadísticas IESS, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar; INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU, - mercado de trabajo-

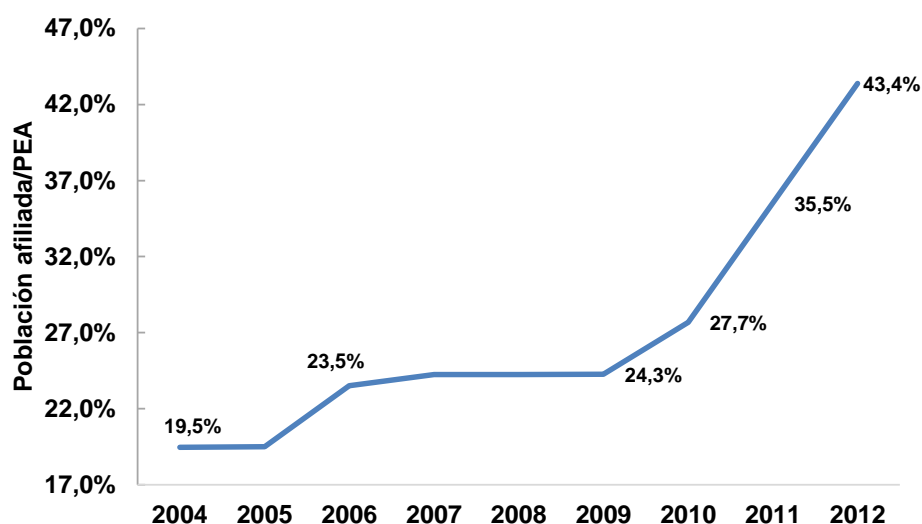
Elaboración: Sergio Jurado

² Con el objeto de establecer un principio de comparación uniforme, se estableció como año de comparación el 2010, dado que este año corresponde al año de realización del Censo de Población y Vivienda 2010. El nivel de PEA del año 2010 es de 6'535.240 personas con una tasa de ocupación del período de 37,3 %.

Si consideramos la estructura de la Población Económicamente Activa y el Nivel de Ocupados Plenos del año 2010 y se la compara con los niveles anuales de población afiliada se puede hacer el siguiente análisis con respecto a la composición y cobertura de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en función de grado de afiliación de acuerdo a lo observado en el cuadro No. 11.

El la tasa global de crecimiento de afiliación con respecto a la Población Económicamente Activa para el período 2004-2006 es de 20,9%; mientras que para el período 2007-2012 es de 78,9%. La tasa global de crecimiento del número de afiliados con respecto a la PEA es de 123% en todo el período 2004-2012.

Gráfico No. 8
Ratio de composición de la población afiliada con respecto a la Población Económicamente Activa
Período: 2004-2012

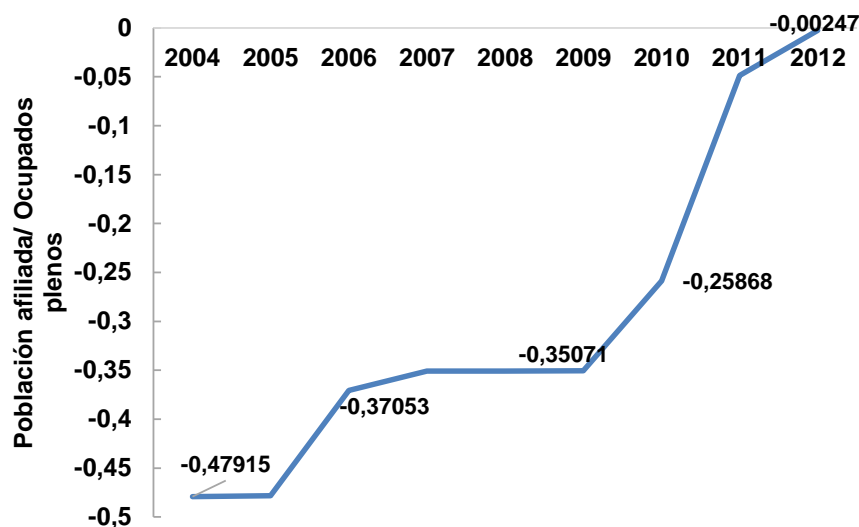


Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar –población afiliada-; INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU, - mercado de trabajo-

Elaboración: Sergio Jurado

Mientras que el índice de paridad entre el nivel de población afiliada frente al nivel de ocupados plenos, con el cual se muestra la brecha de afiliación existente en el mercado laboral y el grado de absorción de la economía del trabajo formal indica que existe una tendencia decreciente entre el año 2004 y el año 2012 de la brecha de no afiliados con respecto al total de ocupados plenos anualmente. Si se compara el año de inicio de período que tuvo una brecha de -0,47915 para el año 2004 y de -0,00247 para el año 2012.

Gráfico No. 9
Comparación de niveles de población afiliada con respecto al Nivel de Ocupados
Plenos -brecha de afiliación-
Período: 2004-2012



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar –población afiliada-; INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU, - mercado de trabajo-

Elaboración: Sergio Jurado

Es importante analizar cuál ha sido la estructura de composición por género de la población beneficiaria para el período analizado, así se muestra la información en el cuadro No. 12:

Cuadro No. 12
Composición por género de la población beneficiaria
Período: 2004-2012

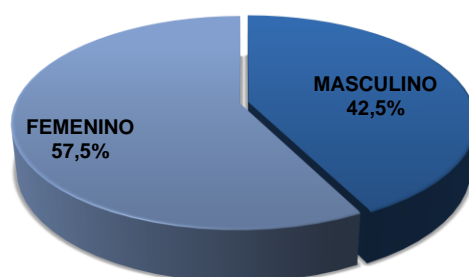
AÑO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2004	1.008.145	1.361.745	2.369.890
2005	889.809	1.194.885	2.084.694
2006	1.110.131	1.516.762	2.626.893
2007	1.182.970	1.635.463	2.818.433
2008	1.332.752	1.831.456	3.164.208
2009	1.569.273	2.168.961	3.738.234
2010	1.737.316	2.412.121	4.149.437
2011	2.256.148	3.006.906	5.263.054
2012	2.541.121	3.601.691	6.142.812

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

De esta información se desprende que la composición por género de la población beneficiaria, correspondiente al período 2004-2006 se distribuye de manera promedio en 57,5% mujeres y 42,5% hombres, como se observa en el gráfico No. 10

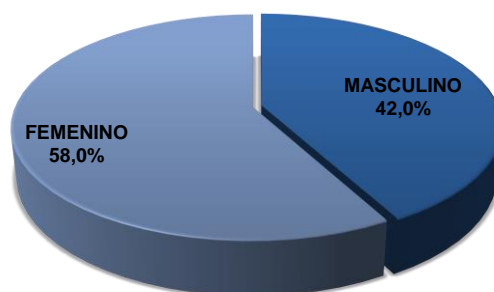
Gráfico No. 10
Composición por género de la población beneficiaria
Período: 2004-2006



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Elaboración: Sergio Jurado

De la misma manera, tal como muestra el gráfico No. 11, la composición por género de la población beneficiaria, correspondiente al período 2007-2012 se distribuye de manera promedio en 58,0% mujeres y 42,0% hombres.

Gráfico No. 11
Composición por género de la población beneficiaria
Período: 2007-2012



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Elaboración: Sergio Jurado

Esta relativa similitud de la composición por género de la población beneficiaria, entre el período 2004-2006 y el período 2007-2012, se debe a una composición estructural de la población ecuatoriana.

4.2 Análisis de los resultados de atención en el sistema de seguridad social y salud del IESS

En esta sección se realizará un análisis de la evolución de los resultados de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el que se incluirán descripción de rendimiento

operativo relacionado a las prestaciones del Sistema General de Seguridad Individual y Familiar. Se realizará una descripción de la evolución y grado de penetración de los servicios de salud sobre la población afiliada, ya que no se disponen estadísticas del número de beneficiarios de los diferentes servicios prestados por el IESS.

Cuadro No. 13
Número de atenciones por consulta externa general
Período: 2004-2012

AÑO	TOTAL CONSULTA EXTERNA GENERAL
2004	2.369.890
2005	2.084.694
2006	2.626.893
2007	2.818.433
2008	3.164.208
2009	3.738.234
2010	4.149.437
2011	5.263.054
2012	6.142.812

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

Durante el período analizado se puede observar un incremento permanente en el número total de atenciones brindadas por el sistema de unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Así se muestra que en el año 2004 el número de atenciones brindadas a la población afiliada fue de 2.369.890 consultas; mientras que en el año 2012 se practicaron 6.142.812, como muestra el cuadro No. 13. Entre el inicio y final de ese período existe un aumento de 1,59 veces el número de consultas.

El incremento positivo de la atención de consulta externa sobre la población afiliada es un indicador de la expansión de los servicios y del aumento de la tasa de ocupación y aprovechamiento de la capacidad instalada, así como una evidencia del mantenimiento e inversión en la misma, además de los cambios de normativa en relación a la atención de los hijos menores de 18 años de los afiliados.

El crecimiento registrado en el nivel de consulta externa general para el período 2004-2006 es de 10,8%; mientras que para el período 2007-2012 es de 118,0%.

Gráfico No. 12
Tasa de variación del número de atenciones en consulta externa general
Período: 2004-2012



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

La tasa de variación anual del número de atenciones en consulta externa general registrada en el período analizado muestra una tendencia creciente, como se observa en el gráfico No. 12. La tasa de variación más alta se la registra entre los años 2011-2010, siendo esta de 26,8%; mientras que la más baja es entre los años 2005-2004, que representó la única tasa decreciente del período de -12,0%.

Si se mide el nivel de penetración del servicio de salud, a partir del número de veces que el total de atenciones muestra para cada año con respecto al número total de población afiliada para cada año se puede decir que, en base a la información del cuadro No. 14:

Cuadro No. 14
Número de atenciones por consulta externa general
Período: 2004-2012

AÑO	COBERTURA DE CONSULTA EXTERNA SOBRE POBLACIÓN AFILIADA
2004	1,9
2005	1,6
2006	1,7
2007	1,8
2008	2,0
2009	2,4
2010	2,3
2011	2,3
2012	2,2

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

En el año 2004 la cobertura del servicio fue 1,9 veces mayor que el número total de afiliados. En el año 2005 esta incidencia decrece a 1,6; no obstante, esta tendencia se revierte para el año 2006, ya que crece a 1,7. En el año 2007 este valor aumenta nuevamente y esta tendencia creciente se mantiene en el 2008 y 2009, llegando a un valor de 2,4 en este último año. A partir del año 2010, la relación entre estas variables vuelve a disminuir, manteniendo dicha tendencia hasta el 2012.

Es importante mencionar que existe un efecto provocado sobre este cociente, dada la tasa de crecimiento de la población afiliada; por lo que, el incremento iniciado en 2005 hasta 2009, se puede explicar debido a que la población afiliada ha crecido (o decrecido) a tasas más bajas en relación a las tasas de crecimiento del número de consultas realizadas en el IESS.

Cuadro No. 15
Número de recetas prescritas y despachadas en la atención por farmacia
Período: 2004-2012

AÑO	RECETAS PRESRITAS	RECETAS DESPACHADAS
2004	3.341.954	4.743.649
2005	3.275.908	4.625.160
2006	4.414.857	5.492.089
2007	4.481.105	5.780.572
2008	5.291.999	6.705.982
2009	5.770.482	7.538.398
2010	7.306.398	9.126.277
2011	10.054.925	12.108.993
2012	11.995.045	14.161.818

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

En lo correspondiente a los servicios de salud de la seguridad social que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social está la entrega de medicinas a través de la atención de recetas prescritas y despachadas a la los usuarios beneficiarios de las unidades de salud.

En el cuadro No. 15 se observa que a lo largo del periodo analizado existe una tendencia creciente entre el año 2004, que registra un total de recetas prescritas y despachadas de 3.341.954 y 4.743.649, respectivamente. Esto confrontado a lo evidenciado en el año 2012 donde las recetas prescritas ascendieron a 11.995.045 y las recetas despachadas a 14.161.818.

Esto implica un denotado incremento en la tasa de atención entre los años comparados, que es un reflejo de la tendencia del período y una muestra de la evaluación realizada.

De la misma manera se puede inferir al respecto del número de consultas realizadas en atención odontológica. Así se puede mostrar, lo siguiente:

Cuadro No. 16
Número de consultas realizadas en atención odontológica
Período: 2004-2012

AÑO	CONSULTAS REALIZADAS
2004	208.723
2005	183.860
2006	219.987
2007	233.859
2008	249.086
2009	305.122
2010	400.969
2011	468.075
2012	554.342

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

El incremento en el número de consultas realizadas en atención odontológicas sobre la población afiliada y demás beneficiarios entre el año 2004 y 2012 fue de 165,6% pasando de 208.723 a 554.342 consultas en esta área de salud, mientras que entre el año 2007 y 2012 las consultas odontológicas aumentaron en 137,0%, tal como muestra el cuadro No. 16.

Cuadro No. 17
Número de atenciones por tipo realizadas en laboratorio clínico
Período: 2004-2012

AÑO	EXÁMENES	DETERMINACIONES
2004	1.880.126	7.642.422
2005	2.522.066	7.781.530
2006	3.367.490	9.247.611
2007	4.919.676	12.738.735
2008	5.198.197	14.863.186
2009	6.391.913	17.251.771
2010	7.779.899	21.977.849
2011	9.284.695	22.113.223
2012	10.711.618	25.309.066

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

El conjunto de prestaciones del IESS incluye de manera adicional lo relativo a los exámenes y determinaciones de laboratorio clínico que muestra el mismo comportamiento del conjunto de servicios de salud que presta el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Como muestra el cuadro No. 17, el total de exámenes y determinaciones practicados durante el año 2004 fueron de 1.880.126 y 7.642.422 respectivamente; mientras que, en el año 2012 se registra

un total de 10.711.618 exámenes y un total de 25.309.066 determinaciones, lo que denota un crecimiento entre el año 2004 al 2006, de 79,1% en el caso de los exámenes realizados y, de 21,0% para las determinaciones. Por su parte, entre el año 2007 y 2012, el número de exámenes aumentó en un 117,7%, mientras que las determinaciones, en 98,7%.

Por su parte el número de exámenes y placas practicadas en el área de imágenes evidencia un incremento de 759.720 acciones de imagen realizadas en el 2004 a 2.837.010 acciones en el año 2012, revelando un incremento de 107,2% durante el periodo 2007-2012, a diferencia del aumento de 33,2% mostrado entre los años 2004 y 2006.

Este avance significativo se evidencia por la ampliación de la cobertura de los servicios de salud en las unidades médicas del sistema de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Cuadro No.18
Número de atenciones por tipo realizadas en imágenes
Período: 2004-2012

AÑO	EXÁMENES	PLACAS
2004	330.055	429.665
2005	363.006	482.815
2006	452.777	558.809
2007	641.986	727.186
2008	697.217	801.889
2009	820.916	890.431
2010	1.011.354	1.240.089
2011	1.109.250	1.311.320
2012	1.268.841	1.568.169

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

Otro de los aspectos sobre los cuales se puede analizar la expansión, incidencia y cobertura de las prestaciones de seguridad social que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social están relacionados con la oportunidad de la población afiliada de acceder instalaciones para prácticas quirúrgicas.

El acceso del grupo de beneficiarios a lugares de intervención quirúrgica es uno de los mayores avances, llegando a duplicarse el número de acciones realizadas en beneficio de los ecuatorianos.

El cuadro No. 18 se observa que durante el año 2004 se registran 42.730 intervenciones; mientras que, durante el año 2012 estas ascendieron a 93.737 intervenciones. La tasa de crecimiento global del período es de 119,4% en todo el período analizado. La tasa de crecimiento en la prestación de este servicio a los afiliados durante el período 2004-2006 es de 21,5% y durante el período 2007-2012 es de 69,0%. En este aspecto evaluado es donde se evidencia un incremento significativo de los avances de cobertura y penetración del servicio sobre los beneficiarios del IESS.

Cuadro No. 19
Número de intervenciones quirúrgicas
Período: 2004-2012

AÑO	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
2004	42.730
2005	42.808
2006	51.927
2007	55.469
2008	60.654
2009	72.395
2010	80.266
2011	86.434
2012	93.737

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

Entre el año 2004 y el año 2011 la incidencia de la atención de esta prestación del servicio de seguridad social del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social pasó de 34 personas por cada mil afiliados a 37 personas por cada mil afiliado. Lo que implica un impacto positivo en resultados del 10,72% de atención a la población beneficiaria del sistema de seguridad social del IESS.

4.3 Análisis de la Cobertura de la seguridad social y salud en el IESS por beneficiario

Como se explicó en párrafos anteriores se hizo una descripción de quienes son los beneficiarios del sistema de seguridad social y de las prestaciones y servicios de salud del Sistema General de Aseguramiento de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El cuadro No. 20 muestra la composición del número de atenciones recibida por cada uno de los segmentos de población afiliada y tipo de beneficiario para el período 2005-2011.

Cuadro No. 20
Número de consultas atendidas por tipo de beneficiario – tipo de seguro
Período: 2005-2012

AÑO	SEGURO DE SALUD	RIESGOS DE TRABAJO	VOLUNTARIOS	A CÓNYUGE	A MENORES DE 18 AÑOS	A JUBILADOS	SEGURO SOCIAL CAMPEÑO	MONTEPÍO	NO AFILIADO	TOTAL
2005	1.137.122	5.707	134.275	960	54.857	583.462	80.633	70.169	17.509	2.084.694
2006	1.469.523	6.689	156.405	1.497	70.466	714.825	104.755	82.812	19.921	2.626.893
2007	1.612.313	6.493	146.966	807	71.166	748.665	110.721	96.365	24.937	2.818.433
2008	1.849.497	8.096	142.742	660	81.947	809.940	134.871	111.639	24.816	3.164.208
2009	2.280.919	7.781	130.235	526	131.213	883.459	143.324	123.971	36.806	3.738.234
2010	2.626.001	6.469	127.781	502	214.547	873.514	140.024	123.518	37.081	4.149.437
2011	3.255.117	6.501	146.866	750	548.238	940.911	177.862	139.202	47.607	5.263.054
2012	3.879.233	6.844	163.937	998	879.929	819.078	187.608	153.886	51.299	6.142.812

Fuente: Estadísticas IESS, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Elaboración: Sergio Jurado

En términos relativos la composición de atención por tipo de beneficiario para el año 2005 fue de 54,5% para personas del Seguro de Salud; 28,0% jubilados; 6,4% personas de afiliación Voluntaria, y un 11,0% entre afiliados de Riesgo del Trabajo, cónyuges, menores de 6 años, de Montepío, no afiliados y del Seguro Social Campesino.

Por otro lado, la composición de la población atendida por tipo de beneficiario en el año 2012 fue 63,2% para personas del Seguro de Salud; 13,3% jubilados; 14,3% a menores de 6 años, y un 9,2% entre afiliados de Riesgo del Trabajo, cónyuges, personas de afiliación voluntaria, de Montepío, no Afiliados y del Seguro Social Campesino.

En los grupos señalados existen variaciones sobre el porcentaje de atención que implican un aumento relativo entre el 2004 y el 2012 de la atención que brinda el sistema de seguridad social del IESS a las personas que pertenecen al seguro general de salud, una disminución en la atención a personas jubiladas, una disminución sustancial en porcentaje de atención a personas de afiliación voluntaria y un aumento importante en el porcentaje de atención de menores a 6 años.

Cuadro No. 21
Número de consultas atendidas por grupo de edad de beneficiario
Período: 2005-2012

AÑO	MENOR DE 1 MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MÁS AÑOS	TOTAL
2005	9.290	44.348	13.680	479.777	790.690	746.909	2.084.694
2006	9.551	57.799	17.754	602.158	1.013.420	926.211	2.626.893
2007	10.155	61.558	16.895	675.525	1.093.241	961.059	2.818.433
2008	13.402	66.697	21.666	773.998	1.217.020	1.071.425	3.164.208
2009	15.442	73.062	64.392	971.167	1.385.744	1.228.427	3.738.234
2010	12.297	84.607	149.222	1.102.522	1.549.527	1.251.262	4.149.437
2011	10.242	96.902	422.084	1.486.521	1.836.294	1.411.011	5.263.054
2012	8.187	108.697	569.591	1.762.516	2.123.061	1.570.760	6.142.812

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

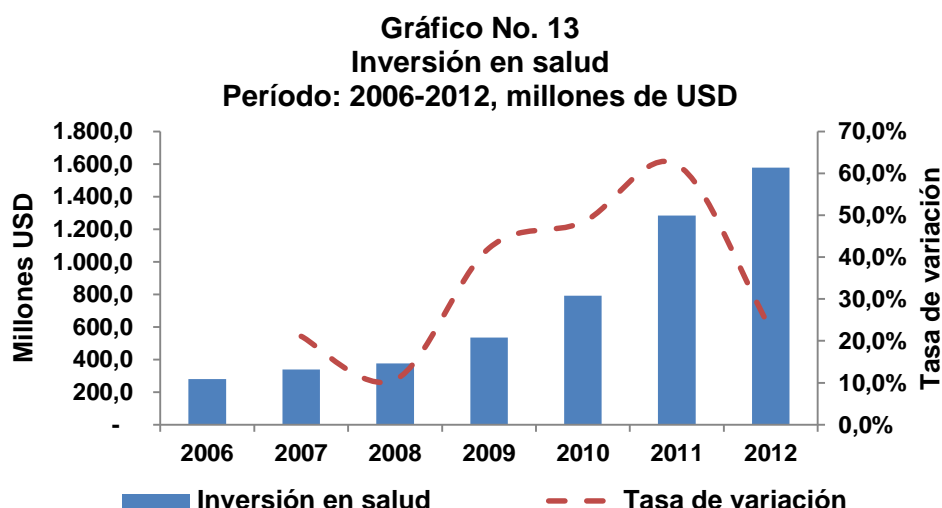
El cuadro No. 21 muestra en términos relativos la composición de atención por grupos de edad, el cual desprende el siguiente análisis: En el año 2005 del total de la población asegurada un 3,2% estaba comprendido entre menos de 1 mes y los 14 años; 23,0% entre los 15 y los 40 años; un 37,9% entre los 41 y los 60 años; y, un 35,8% con 61 y más años.

Mientras que, durante el año 2012, se registra que: 11,02% entre menos de 1 mes y los 14 años; 28,7% entre los 15 y los 40 años; un 34,6% entre los 41 y los 60 años; y, un 25,6% con 61 y más años.

Comparativamente entre el año 2005 y el año 2012, existe un aumento en porcentaje de atención en el grupo de atención de menos de 1 mes a 14 años; un aumento importante en el segmento de los 15 a los 40 años; una ligera disminución en el segmento de 41 a 60 años y un decremento en el porcentaje de atención a las personas de 61 años y más. Este último aspecto en relación directa de la inferencia y análisis realizado en el segmento anterior cuando la descripción se refería a tipos de beneficiarios menores a 6 años y Jubilados.

Inversión en el sistema de salud de la seguridad social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Durante el período comprendido entre 2006 y 2012 el IESS realizó una inversión en salud por un valor de USD 5.180,1 millones (gráfico No. 13), cuya tasa de crecimiento promedio anual se situó en 34,5%. Igualmente, se observa que en este período la inversión en salud creció en 5,6 veces al pasar de USD 280,3 millones en 2006 a USD 1.577,5 en 2012, situación que permitiría inferir que el IESS destinó mayores recursos enfocados a una mejor atención y mayor cobertura.



Fuente: Estadísticas IESS
Elaboración: Sergio Jurado

Como se observa en el cuadro No. 22, en los cinco primeros años de la serie (2006 – 2009) se observa que los montos destinados a la inversión en salud son relativamente bajos que en promedio anual representaron USD 464,3 millones, en tanto que, en los dos últimos años (2011 -2012) este promedio se incrementó a USD 1.430,9 millones, evidenciando que en el segundo período se puso de manifiesto una mayor inversión en salud en favor de sus afiliados.

Cuadro No. 22
Inversión en salud
Período: 2006-2012, millones de USD

Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Inversión en salud	280,3	339,4	375,6	533,9	792,2	1.284,4	1.577,5	5.180,1
Tasa de variación		21,1%	10,7%	42,1%	48,4%	62,1%	22,8%	

Fuente: Estadísticas IESS
Elaboración: Sergio Jurado

A continuación se presenta la desagregación de la inversión en salud realizada por el IESS en la seguridad social del Ecuador, con cinco rubros tal como se muestra en el cuadro No. 23.

Cuadro No. 23
Inversión en salud
Período: 2006-2012, millones de USD

RUBRO DE INVERSIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL GENERAL
Infraestructura Hospitalaria	10,0	6,3	6,6	28,1	31,2	27,7	36,0	145,8
Equipamiento Médico	43,2	49,4	44,8	101,5	170,0	133,7	157,5	700,2
Insumos y Medicamentos	58,2	72,7	87,9	100,8	141,1	245,6	281,2	987,5
Gasto corriente	129,8	163,7	174,5	212,4	335,1	564,8	752,8	2.333,0
Otros gastos	39,2	47,7	61,9	87,8	114,6	312,6	349,8	1.013,6
Inversión Total	280,3	339,4	375,6	533,9	792,2	1.284,4	1.577,5	5.180,1

Fuente: Estadísticas IESS

Elaboración: Sergio Jurado

5.1 Inversión en infraestructura hospitalaria

Durante el período comprendido entre 2006 y 2012 el IESS realizó una inversión en infraestructura hospitalaria por un valor de USD 145,8 millones como muestra el gráfico No. 14, cuya tasa de crecimiento promedio anual se situó en 54,3%. Igualmente, se observa que en este período la infraestructura hospitalaria creció en 3,6 veces al pasar de USD 10,0 millones en 2006 a USD 36,0 en 2012.



Fuente: Estadísticas IESS

Elaboración: Sergio Jurado

De acuerdo a los datos mostrados en el cuadro No. 24, en los tres primeros años de la serie (2006 – 2008) se observa que los montos destinados a infraestructura hospitalaria son relativamente bajos que en promedio anual representaron USD 7,6 millones, en tanto que, en los cuatro últimos años (2009 -2012) este promedio se incrementó a USD 30,7 millones, evidenciando que en el segundo período se destinaron una mayor cantidad de recursos a la seguridad social en el IESS.

Cuadro No. 24
Infraestructura Hospitalaria IESS
Período: 2006-2012, millones de USD

AÑO	INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	TASA DE VARIACIÓN
2006	10,0	
2007	6,3	-36,9%
2008	6,6	4,3%
2009	28,1	329,1%
2010	31,2	10,9%
2011	27,7	-11,3%
2012	36,0	30,0%

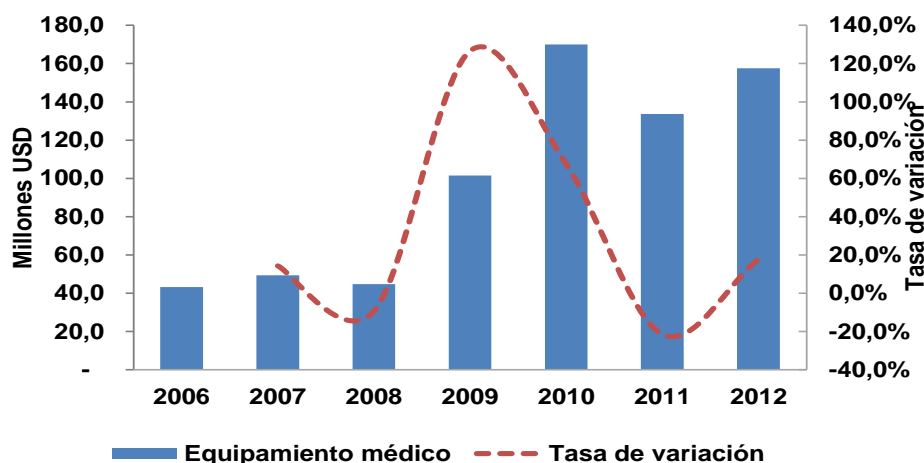
Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Elaboración: Sergio Jurado

5.2 Inversión en equipamiento médico

Durante el período comprendido entre 2006 y 2012 el IESS realizó una inversión en equipamiento médico por un valor de USD 700,2 millones, mostrando una tasa de crecimiento promedio anual de 32,6%. De igual forma se observa que en el periodo de estudio, los recursos invertidos en equipamiento médico crecieron 3,6 veces al pasar de USD 43,2 millones en 2006 a USD 157,5 millones en 2012, la mayor cifra durante el periodo de estudio. Como se observa en el gráfico No. 15.

Gráfico No. 15
Inversión en equipamiento médico IESS
Período: 2006-2012, millones de USD



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

La inversión en equipamiento médico entre los años 2006 al 2008, reflejó montos relativamente bajos, arrojando un promedio anual de USD 45,8 millones; los recursos de este periodo representaron apenas el 19,6% del total de los recursos invertidos hasta el año 2012, mientras que durante los siguientes años (2009- 2012) estos representaron 80,4% de la inversión total, con un valor invertido promedio fue de USD 140,7 millones, revelando un

incremento importante de la inversión en este rubro por parte del IESS. Como muestra el cuadro No. 25.

Cuadro No. 25
Inversión Anual Equipamiento Médico IESS
Período: 2006-2012

AÑO	EQUIPAMIENTO MÉDICO	TASA DE VARIACIÓN
2006	43,2	
2007	49,4	14,3%
2008	44,8	-9,3%
2009	101,5	126,6%
2010	170,0	67,5%
2011	133,7	-21,4%
2012	157,5	17,8%

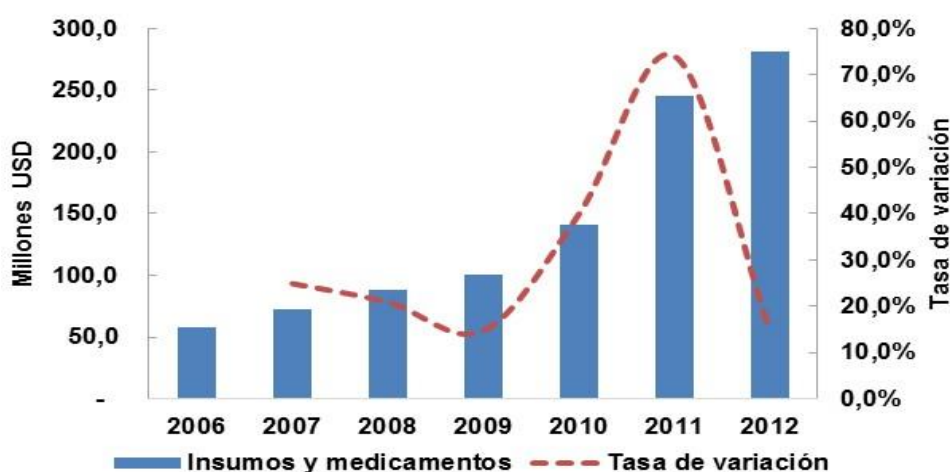
Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

5.3 Inversión en insumos y medicamentos

Durante el período de estudio la inversión en insumos y medicamentos creció 4,8 veces al pasar de USD 58,2 millones en 2006 a USD 281,2 millones en el año 2012. Como se observa en el gráfico No. 16. Dichos recursos alcanzaron una totalidad de USD 987,5 millones, mostrando una tasa de crecimiento promedio anual de 31,5%.

Gráfico No. 16
Inversión en insumos y medicamentos en el IESS
Período: 2006-2012, millones de USD



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

Como se aprecia en el cuadro No. 26, la inversión en insumos y medicamentos entre los años 2006 y 2009, reflejó montos relativamente bajos, arrojando un promedio anual de USD 79,9 millones, mientras que durante los siguientes años (2010- 2012), la inversión promedio fue de USD 222,6 millones, revelando un incremento importante de la inversión en este

rubro por parte del IESS. Es importante recalcar que los recursos direccionados a los insumos de salud entre el 2010 y el 2012 constituyen el 67,6% del total invertido entre el 2006 y el 2012.

Cuadro No. 26
Inversión Anual Insumos y medicamentos
Período: 2006-2012

AÑO	INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE SALUD	TASA DE VARIACIÓN
2006	58,2	
2007	72,7	24,9%
2008	87,9	20,9%
2009	100,8	14,8%
2010	141,1	40,0%
2011	245,6	74,0%
2012	281,2	14,5%

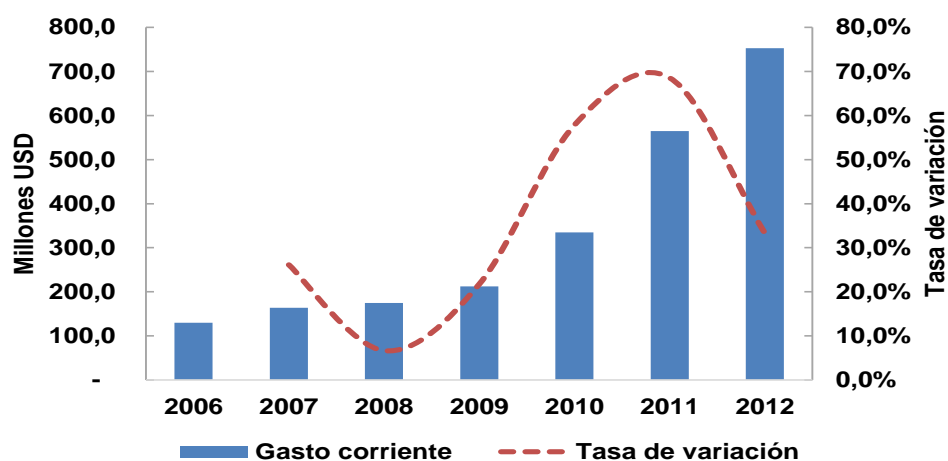
Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

5.4 Gastos corrientes de salud³

El gráfico No. 17 muestra que los recursos destinados por el IESS al gasto corriente pasaron de USD 129,8 millones en 2006 a USD 752,8 millones en 2012, mostrando un crecimiento en 5,8 veces. El monto de inversión total durante este periodo fue de USD 2.333,0 millones, con una tasa de crecimiento promedio anual de 35,7%.

Gráfico No. 17
Gasto Corriente de Salud IESS
Período: 2006-2012



Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

³ El gasto corriente incluye gastos de personal, servicio de alimentación, servicio de aseo, vestuario, prendas de protección.

Los recursos destinados entre el año 2006 y 2009 alcanzaron un promedio anual de USD 170,1 millones, los mismos que constituyeron el 29,2% del monto total invertido hasta el año 2012. Por otra parte, entre el año 2010 y 2012, la inversión promedio anual fue de USD 550,9 millones, montos relativamente mayores que representaron el 70,8% del total invertido.

Cuadro No. 27
Gasto Anual de Salud IESS
Período: 2006-2012

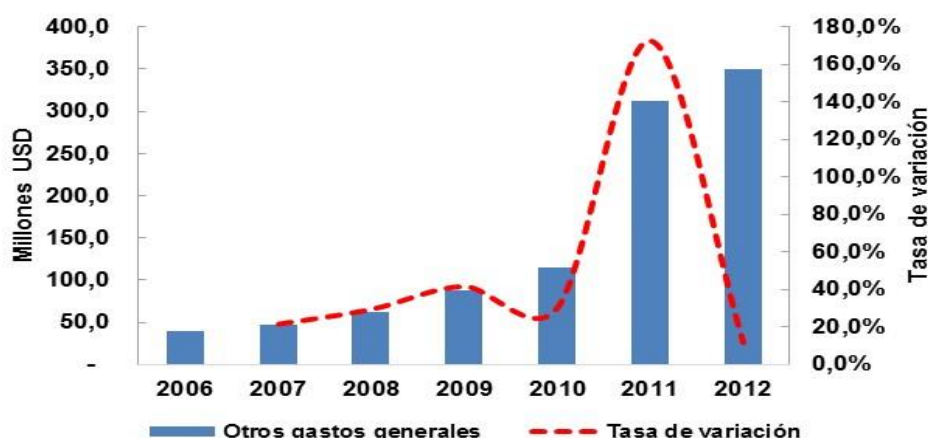
AÑO	GASTO CORRIENTE	TASA DE VARIACIÓN
2006	129,8	
2007	163,7	26,1%
2008	174,5	6,6%
2009	212,4	21,7%
2010	335,1	57,8%
2011	564,8	68,5%
2012	752,8	33,3%

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Elaboración: Sergio Jurado

5.5 Otros gastos generales⁴

Durante el período comprendido entre 2006 y 2012 el IESS destinó recursos a este rubro por un valor de USD 1.013,6 millones, cuya tasa de crecimiento promedio anual se situó en 51,4%, como se observa en el gráfico No. 18.

Gráfico No. 18
Otros gastos generales IESS
Período: 2006-2012



Fuente: Estadísticas IESS, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Elaboración: Sergio Jurado

⁴ Incluye rubros de servicios básicos, vehículos, movilización y combustibles, servicio de vigilancia, equipos de oficina, materiales de oficina y aseo, publicaciones, repuestos, transferencias y donaciones corrientes, impuestos, tasas y contribuciones, entre otros.

Igualmente, se observa que en este período la inversión en salud creció en 8,9 veces al pasar de USD 39,2 millones en 2006 a USD 349,8 millones en 2012.

En los cinco primeros años de la serie (2006 – 2009) se observa que los montos invertidos son relativamente bajos y que en promedio anual representaron USD 70,2 millones, en tanto que, en los dos últimos años (2011 -2012) este promedio se incrementó a USD 331,2 millones, tal como muestra el cuadro No. 28, evidenciando el destino de una mayor cantidad de recursos.

Cuadro No. 28
Gasto Anual General Indirecto IESS
Período: 2006-2012

AÑO	OTROS GASTOS GENERALES	TASA DE VARIACIÓN
2006	39,2	
2007	47,7	21,8%
2008	61,9	29,7%
2009	87,8	41,9%
2010	114,6	30,5%
2011	312,6	172,8%
2012	349,8	11,9%

Fuente: Estadísticas Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Elaboración: Sergio Jurado

Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Luego del análisis y revisión de la información relativa al sistema de seguridad social del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y partiendo de las consideraciones investigativas ligadas a la cobertura, incidencia y grado de penetración de las prestaciones del sistema de seguridad social y sus servicios de salud sobre los afiliados y demás beneficiarios, se debe recalcar que:

Se debe señalar que la población objetivo beneficiaria de las prestaciones de seguridad social y los servicios de salud en el IESS son 8; que están conformados por: a) Los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro General; b) Los beneficiarios atendidos dentro del sistema de Riesgos del Trabajo; c) Los beneficiarios atendidos dentro del sistema de aseguramiento voluntario; d) Los cónyuges de los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro General; e) Los menores de 6 años dependientes de los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro General; f) Los beneficiarios jubilados; g) Los beneficiarios afiliados al sistema de Seguro Social Campesino; h) Los beneficiarios de Montepío.

Al respecto se destaca que la estructura de las unidades médicas del sistema de salud y la red de servicios del Sistema General de Salud Individual y Familiar está compuesto por 86 centros compuestos por 24 Centros de Atención Ambulatoria, 44 Unidades de Atención Ambulatoria, 7 hospitales de nivel 1, 8 hospitales de nivel 2 y 3 hospitales de nivel 3.

Adicionalmente, se señala que la composición de la estructura de la red de unidades de atención médica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se compone por 28% en centros de atención ambulatoria, 51% en unidades de atención ambulatoria y 21% hospitales.

Los hospitales están subdivididos en 3 niveles, relacionados a su estructura, capacidad instalada y diversificación de especialidades médicas de atención. Los 3 únicos hospitales de nivel 3, que constituyen el nivel más alto de la escala, se encuentran localizados en la ciudad de Guayaquil, Quito y Cuenca.

Con respecto a los resultados obtenidos del análisis de la evolución y composición de la población afiliada se desprende que: La tasa global de crecimiento del nivel de población afiliada para el período 2004-2006 es de 20,9%; mientras que, para el período 2007-2012 es de 78,9%.

El la tasa global de crecimiento de afiliación con respecto a la Población Económicamente Activa para el período 2004-2006 es de 20,9%; mientras que, para el período 2007-2012 es de 78,9%. La tasa global de crecimiento del número de afiliados con respecto a la PEA es de 123,0% en todo el período 2004-2012.

Para evidenciar el nivel de brecha existente entre los ocupados plenos y la población afiliada se indica que existe una tendencia decreciente entre el año 2004 y el año 2012 de la brecha de no afiliados con respecto al total de ocupados plenos anualmente, lo cual se observa

comparando los resultados obtenidos de esta brecha para el año 2004 de -0,47915; mientras que para el año 2012 de -0,00247.

Si se observa y compara la composición de género femenino y masculino en la población afiliada se puede señalar que: En el período 2004-2006 los afiliados se componen de un 57,5% de mujeres y un 42,48% hombres; para el período 2007-2012 la composición es de 58,0 mujeres y un 42,0% hombres.

Tanto en la atención de consultas externas, como en el número de recetas prescritas y despachadas, consultas odontológicas, exámenes y determinaciones de laboratorio clínico, exámenes y placas de imagenología, intervenciones quirúrgicas mostraron una tendencia creciente y tasas de variación anual positivas; por tanto, se puede colegir que la penetración de los servicios de salud que presta el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha aumentado en la población afiliada.

Durante el año 2004 se realizaron 2.369.890 consultas externas; mientras que, en el año 2012 se practicaron 6.142.812 consultas externas. Con esto se muestra el crecimiento entre el inicio y terminación del período analizado.

La expansión de los servicios de salud se ha aumentado 159 veces entre el año 2004 y el año 2012, con lo que se refleja el impacto positivo de la implementación de los cambios e inversiones dentro del sistema.

El crecimiento registrado en el nivel de consulta externa general para el período 2004-2006 es de 10,8%; mientras que para el período 2007-2012 es de 118,0%.

En los grupos señalados existen variaciones sobre el porcentaje de atención que implican un aumento relativo entre el 2004 y 2012 de la atención que brinda el sistema de seguridad social del IESS a las personas que pertenecen al seguro general de salud, una disminución en la atención a personas jubiladas, una disminución sustancial en porcentaje de atención a personas de afiliación voluntaria y un aumento importante en el porcentaje de atención de Menores a 6 años.

Comparativamente entre el año 2005 y el año 2012, existe un aumento en porcentaje de atención en el grupo de atención de menos de 1 mes a 14 años; un aumento importante en el segmento de los 15 a los 40 años; una ligera disminución en el segmento de 41 a 60 años y un decremento en el porcentaje de atención a las personas de 61 años y más. Este último aspecto en relación directa de la inferencia y análisis realizado en el segmento anterior cuando la descripción se refería a tipos de beneficiarios Menores a 6 años y Jubilados.

De estos resultados obtenidos se puede observar la consistencia y verificación de las preguntas de investigación y del alcance del objetivo general y específicos planteados por la disertación.

Es importante destacar la consistencia de los resultados obtenidos, dado que lo planteado en la construcción metodológica de la presente investigación se ha corroborado con el procesamiento de los datos e información recabados.

En el periodo de estudio de la disertación la inversión en salud en la seguridad social en el IESS totalizó USD 4.903 millones y creció 4,6 veces al pasar de USD 339,4 millones en 2007 a USD 1.577,5 millones en 2012. Esta situación se debe a un mayor destino de

recursos en varios rubros de la seguridad social que han permitido atender a una creciente población beneficiaria en mejores infraestructuras hospitalarias y equipamiento médico.

Durante el periodo comprendido entre el 2007 y el 2012, la inversión en infraestructura hospitalaria alcanzó un valor de USD 135,8 millones y creció en 5,7 veces al pasar de USD 6,3 millones en 2007 a USD 36,0 millones en 2012. Es en realidad entre los años 2009 y 2012 que los recursos destinados a este rubro mostraron un gran incremento con un promedio anual de USD 30,7 millones.

La inversión en equipamiento médico fue USD 656,9 millones entre el 2007 y 2012, y registró un valor de USD 49,4 millones en el 2007, mientras que para el 2012 alcanzó USD 157,5, lo que significó un crecimiento de recursos en 3,2 veces.

En lo concerniente a insumos de salud, los recursos invertidos durante el periodo de estudio crecieron 3,9 veces al pasar de USD 72,7 millones en 2006 a USD 281,2 millones en 2012, lo que significó una inversión total en este rubro por un valor de USD 929,3 en dicho periodo. Los recursos direccionados a este rubro muestran un incremento sustancial entre el 2010 y 2012, constituyendo 71,9% del total invertido en el periodo de estudio.

Los recursos destinados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social al gasto corriente alcanzaron USD 2.203,2 millones durante el periodo 2007-2012, es decir crecieron en 4,6 veces, ya que en el año 2007 se registró un valor de USD 163,7 millones, mientras que en el año 2012, fue de USD 752,8 millones. De igual forma que el rubro de insumos de salud, los recursos invertidos entre el 2010 y 2012 representaron un porcentaje mayor respecto a la primera parte del periodo analizado en este trabajo.

Entre el 2007 y 2012, el IESS destinó USD 974,4 millones a los gastos indirectos, los mismos que evidenciaron un incremento en 7,3 veces al pasar de USD 47,7 millones en 2007 a USD 349,8 millones en 2012, reflejando una mayor inversión entre los años 2011 y 2012 donde representaron el 68% del total del monto direccionado a este rubro.

La incidencia, grado de penetración y expansión de los servicios de salud y la cobertura del sistema de seguridad social que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social brinda a la población afiliada se ha incrementado a lo largo del período evaluado.

Los resultados positivos se evidenciaron los capítulos anteriores, enfatizando la importancia de las tendencias y niveles de crecimientos registrados en los diferentes servicios del sistema general de aseguramiento individual y familiar.

Esto permite concluir que la efectividad institucional y la operación del sistema de aseguramiento y de servicios de salud tiene una cobertura creciente que está relacionada con el grado de expansión de las operaciones y el aumento de la capacidad instaladas de la red de unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que han dado un mayor atractivo a los beneficios que ofrece el IESS, aunque también por los cambios instaurados por el gobierno de turno en pro de lograr alcanzar el principio de universalidad de la seguridad social como consta en la Constitución del 2008.

Es importante mencionar que el crecimiento significativo y la aceleración del proceso de expansión y penetración de servicios sobre la población afiliada se han registrado en el período iniciado a partir del año 2007, requiere ser enfatizado los resultados alcanzados

entre el año 2010 y 2012 donde se consolidan y alcanzan los niveles máximos del período evaluado.

Con estas evidencias se puede concluir que existe impacto sustancial de la inversión en los servicios de salud que ha realizado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sobre la población asegurada, que se encuentra en constante crecimiento y que demanda una mejora de servicios, infraestructura y equipamiento.

6.2 Recomendaciones

Una vez establecidos los resultados del estudio así como las distintas conclusiones a las que se llegó a través del minucioso análisis llevado a cabo en los capítulos anteriores, es importante y necesario emitir las siguientes recomendaciones en materia de política pública y de salud:

Es preciso que se sigan desarrollando metodologías de evaluación de impacto de las políticas públicas y sobretodo se haga estudios de la efectividad y eficiencia del inter-relacionamiento institucional.

El aspecto identificado en lo referente a metodologías aplicada de evaluación de impacto debe construirse no solo alrededor del impacto sobre el beneficiario sino también sobre la misma institucionalidad y la gestión de la operatividad de la política pública. Dado que los beneficios a futuro, deben tener una base de fuente y uso analizada y garantizada de recursos que permitan hacer sostenible el paquete de prestaciones y servicios a la población, dentro de una lógica de inclusión, racionalización y eficiencia de la inversión y gasto público.

Es importante destacar lo que actualmente se está fomentando desde las instancias públicas que administran el sistema de salud pública, en el cual está inmerso el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que se orienta al aprovechamiento complementario de las capacidades y recursos del sistema. Esto posibilita ampliar y penetrar en el territorio y en la cobertura sobre la población, facilitando el acceso y reduciendo las limitaciones privativas hacia la sociedad.

Es necesario seguir trabajando en distintos frentes con el objetivo de superar las deficiencias actuales frente al constante aumento de la demanda de salud, esto es mejorar la eficiencia a través de la creación de nuevas infraestructuras hospitalarias, modernización de las existentes y la inclusión del personal médico necesario, así como fortalecer los convenios con los prestadores externos.

Referencias bibliográficas

Anon (2009) *Guía práctica 5 Evaluación de impacto*.

Anon, 2011. *Regulación_económica_Arraztoa*.

Asamblea Nacional del Ecuador (2008). *Constitución de la República del Ecuador, Art 449, 24 de Julio de 2008*. Quito

Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución política de la República del Ecuador*, 24 de Junio de 2008, Quito.

Asamblea Nacional Constituyente (1998), *Constitución política de la República del Ecuador*, Quito.

Asamblea Nacional del Ecuador, 1935. *Constitución de la República del Ecuador, Ley de Seguro Social Obligatorio, 2 de Octubre de 1935.*, Quito.

Blasco, Jaume; Casado David (2009) *Colección Ivàlua de guías prácticas sobre evaluación de políticas públicas*. Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas. Recuperado de <http://www.observatorio.pt/download.php?id=567>

Banco Central del Ecuador (2007) *Boletín de información estadística mensual No. 1870*

Banco Central del Ecuador (2013), *Información estadística mensual No. 1931*

Bonnefoy, Juanddsdsds y Armijo, Marianela (2005) *Indicadores de desempeño en el sector público*. Comisión Económica para América Latina CEPAL, DOI: LCL2426-P.

Curcio, Pasqualina (2007) *Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud*. Politeia, vol, 30, num. 38. Universidad Central de Venezuela. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1700/170018285003.pdf>

Dornbush, Rudiger y Stanley, Fisher (1991) *Macroeconomía* (5ta. ed.) Madrid: Editorial McGraw-Hill.

Escobar, Heriberto, Gutiérrez, Eber y Gutiérrez Alfonso (2007) *Hacienda Pública. Un enfoque económico*, Universidad De Medellín. Colombia

Fernández Díaz, A y Parejo G. (2002) *Política Económica* (3era. ed.) España: McGrawHill.

Ferrín, Rosa (2011) *Manual de estilo: Para la presentación de disertaciones de grado en Economía*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Economía

González y Rueda, P. (1989) *Previsión y Seguridad Social del Trabajo*. Mexico.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Boletín estadístico No. 15 2004-2005*.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Boletín estadístico No.16 2006 – 2007*.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Boletín estadístico No. 17 2007-2008*.

- Macón, Jorge (2002) *Economía del Sector Público*. Bogotá, Colombia: McGraw Hill Interamericana.
- Mankiw, N. Gregory (2007) *Principios de Economía* (4a. ed.) España: Thomson.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2001) *Principios de la seguridad social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Presidencia de la República (1928) Decreto Ejecutivo número 18, Registro Oficial número 59, de 13 de marzo de 1928..
- Prieto, David (2011) *Teoría de bienes públicos y externalidades*. Universidad de Cantabria, Departamento de Economía.
- Rossetti José, P. (1979) *Introducción a la Economía*. México: Harla S.A.
- Ruiz Moreno, Ángel (2003) *Nuevo derecho de la seguridad social*. Porrúa, México.
- Sáenz, César (s.f) *Gestión del retorno social de la inversión en programas de responsabilidad social*
- Said, Alicia. (s.f) *Outsourcing versus Inversión*. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.
- Sachs, Jeffrey y Larraín, Felipe (2002) *Macroeconomía en la Economía Global*. (2da. Ed.) México: Editorial Prentice Hall.
- Samuelson, Paul y Nordhaus, William (2002) *Economía*. (17ma. ed.) Madrid: Mc Graw Hill Interamericana de España, Madrid
- Salvador Serna, Miquel (2001), *El papel de las instituciones en la gestión de las administraciones públicas*, en Revista del CLAD Reforma y Democracia, N° 20, Caracas, Venezuela.
- Stiglitz, Joseph (1988). *La economía del sector público*. (1era ed). Barcelona, España: Editorial Antoni Bosch S.A.
- Tejedor, Fabián (2000). *El diseño y los diseños en la evaluación de programas*, en Revista de investigación educativa, Vol. 18 no. 2, pp.319–339.
- Torregrosa, Ramón (2008) *Los Bienes Públicos*. Microeconomía Superior p. 40
- Universidad de Salamanca (2009) *La dinámica del gasto público*. Recuperado de <http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/hacienda-publica-i/contenidos/presentaciones/tema19.pdf>